TRAITEMENT PAR PRESSION SUR DES POINTS

點穴療法

DITIONS SCIENTIFIQUE
ET ECHNIQUE DU SHANDONG

Le traitement par pression sur des points

Editions scientifique et technique du Shandong
1988, Jinan, Chine

Première édition en 1988

Auteurs:

Jia Lihui, Jia Zhaoxiang

Traducteurs:

Qian Peide, Wu Baode, Zheng Chunbo

Réviseur de traductions:

Qian Peide

Rédacteur responsable:

Ma Wannian

Publié par les Editions scientifique et technique du Shandong
(Yuhanlu, Jinan, Chine)

Imprimé par l'Imprimerie des langues étrangères

Tistribué par la Société du commerce international du livre de Chine (GUOJI SHUDIAN)
(P.B. 399, Beijing, Chine)

Imprimé en République populaire de Chine

Avant-propos

Le traitement par pression sur des points est une partie intégrante de la médecine traditionnelle chinoise. Pour continuer et développer ce patrimoine précieux et satisfaire le besoin de nombreux lecteurs, sous les auspices des Editions scientifique et technique du Shandong, nous avons complètement remanié le livre intitulé "Traitement par pression sur des points" publié en 1977 par les Editions du Peuple du Shandong.

La présente œuvre comprend 4 parties: aperçu général, technique manipulatoire de la pression sur des points, points et lignes usuels de stimulation, application clinique. Au cours de ce remaniement, nous nous efforçons de résumer consciencieusement et systématiquement l'expérience acquise en pratique clinique, c'est ainsi que le contenu du livre a augmenté presque de moitié. Par exemple, dans l'Aperçu général, on a rédigé l'entraînement de l'exercice pour la pression sur les points; dans le chapitre "Points usuels", nous avons complété 5 points et la constitution anatomique des 139 points; dans l'Application clinique, sont ajoutées 26 maladies traitées par cette méthode. En même temps, nous avons aussi corrigé et écrit à nouveau certains paragraphes de l'ouvrage, par conséquent il est beaucoup plus complet que l'édition originale. On a non seulement expliqué les connaissances fondamentales du traitement par pression sur des points, mais encore élargi la sphère d'application clinique de ce procédé thérapeutique. Mais à

l'heure actuelle, le mécanisme d'action de cette thérapie pour certaines maladies est encore difficile à mettre en évidence, nous voudrions faire les efforts conjugués avec nos confrères, afin de l'explorer ensemble dans l'avenir.

Nous tenons à adresser ici nos remerciements aux camarades dirigeants de notre hôpital, du district, de la municipalité et au professeur Lu Guangting de l'Institut de médecine de Qingdao qui ont bien voulu nous accorder leur précieux soutien au cours du remaniement du livre.

Comme nous sommes assez limités, nous serons reconnaissants à nos lecteurs de nous signaler des imperfections et des erreurs existant dans cet ouvrage et les remercions d'avance des observations dont ils voudraient bien nous faire part.

Jia Lihui, Jia Zhaoxiang
Janvier 1984
à l'Hôpital du district
Laoshan, Qingdao

TABLE DES MATIERES

I Aperçu général 1

1. Qu'est-ce que le traitement par pression sur des points 1
2. L'origine et le développement du traitement par pression sur des points 1
3. Les caractéristiques du traitement par pression sur des points 3
4. Les principes thérapeutiques du traitement par pression sur des points 4
5. Les indications et contre-indications 8
6. Quelques remarques en clinique 9
7. Comment apprendre le traitement par pression sur des points 12
8. L'entraînement de l'exercice (Gong) pour la pression sur des points 14

Supplément: Exercice avec la ceinture d'entraînement 25

II Technique manipulatoire de la pression sur des points 35

1. Technique manipulatoire fondamentale 35

Méthode de tapotement 35
Méthode de pression 40
Méthode de pincement 41
Méthode de tapement 43
Méthode de percussion 44

2. Technique manipulatoire associée 45
Méthode de compression 45
Méthode de pétrissage 46
Méthode de saisissement 46
Méthode de martèlement 47
Méthode de correction de la déformation 48

III Les points et les lignes de stimulation usuels 54

1. Points usuels 54
Tête et cou (en tout 34 points) 54
Neizishang Neizi Neizixia Chengqi Neizinei Sizhukong Shangming Sibai Yingxiang Suliao Bige Tinggong Kekong Kesanjiao Kedi Hejiao Hedi Niezhong Kehou Rutu Yifeng Yishang Fucong Fuzhi Fuming Bingjian Chuigen Jinghou Fengchi Chishang Fushang Yapang Renying Yixia
Membre supérieur (en tout 29 points) 77
Jianyu Jubei Yehou Jianhou Bihou Jiannei Yeqian Zhima Biwai Binei Wenshang Keshang Xiaohai Zhounei Quchi Zhouxia Jihui Zhouwai Shousanli Jianshi Jianwai Jingqu Yinxi Hegu Hejian Wanbei Zhangjian Zhigen Racines unguéales et articulations interphalangiennes

Thorax et abdomen (en tout 14 points) 96
Tiantu Suoao Fuan Wuyi Yingchuang Jiuwei Juque Jianli Qizhong Qipang Yinjiao Guanyuan Qugu Chipang
Dos et lombes (en tout 15 points) 104
Jianshang Jianjing Gangzhong Tianzong Fufen Jianei Jiaonei Jiajiao Neixia Yaoyan Yaodi Jizhong Qiaao Qiahou Tunwai
Member inférieur (en tout 51 points) 114
Huantiao Huanshang Zuojie Fuxia Gouzhong Qianjixia Guqian Qitui Guzhong Guwai Guhou Gunei Fuxi Weishang Woneishang Weizhong Yangxia Weixia Woneixia Qixi Binshang Binxia Yinlingquan Feiqian Yanglingquan Feixia Zusanli Sanlixia Fenglong Feizhong Jingzhong Chengshan Chengxia Yinjiaoshang Sanyinjiao Xishang Jiexi Xuwai Jianwai Jianshang Jiannei Genjian Majin Zhaohai Xiaozhijian Dazhijian Zhiguan Jienei Racines unguéales et articulations interphalangiennes Guandi Yongquan

2. Lignes de stimulation usuelles 146

IV Applications cliniques du traitement par pression sur des points 153

1. Paralysies 153

Poliomyélite antérieure 155
Séquelles d'encéphalites 160
Paralysie du type encéphalique 164

Polynévrite 166
Hémiplégie 168
Paraplégie traumatique 171
Paralysie faciale 176
Lésions du nerf crural et du nerf sciatique 178
Lésion du nerf musculo-cutané 181
Lésion du nerf radial 182
Lésion du nerf médian 185
Lésion du nerf cubital 186
Contusion cérébrale 186

2. Syndrome douloureux des cou, épaule, lombes et cuisses 188
Traumatisme des muscles lombaires 202
Syndrome des parties molles et des petites articulations 205
Traumatisme par rotation des vertèbres D_2, D_3, D_4 209
Hernie discale lombaire 211
Sciatique 227
Lésions des parties molles de la fesse 230
Traumatisme de l'articulation sacro-iliaque 233
Cervicarthrose 236
Torticolis 241
Périarthrite de l'épaule 244
Entorse et contusion de l'articulation du poignet 246
Epicondylite 247
Entorse et contusion de l'articulation du cou-de-pied 248
Arthralgie du genou 249
Spasme du gastrocnémien 250

Talalgie 251
Lésion des ligaments des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes 252
Epiphysite et chondrite de la tête du fémur 254
Ténosynovite de l'apophyse styloïde du radius 256
Lésions des muscles adducteurs de la cuisse 257
Lésion du ligament latéral interne du genou 259
Traumatisme des hypochondres provoqué par une force inconvenante 261

3. D'autres affections 262
Céphalée 262
Dentalgie 265
Douleur abdominale 266
Neurasthénie 268
Vomissement nerveux 270
Hoquet 270
Hydrocéphalie 272
Pied bot varus équin congénital 274
Amygdalite aiguë et laryngite aiguë 276
Chorée 278
Torticolis spasmodique 280
Hystérie 282
Dyspepsie infantile 284
Fièvre exogène des enfants 286
Enurésie infantile 287
Impuissance 287
Spermatorrhée 289
Myopie 291

Ptosis 293
Strabisme paralytique 295
Dysménorrhée 296
Gastro-entérites aiguës 298
Insolation 299
Syncope 301
Dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire 302

I. Aperçu général

1. Qu'est-ce que le traitement par pression sur des points

Le traitement par pression sur des points constitue une partie du patrimoine de la médecine traditionnelle chinoise. Selon les différentes maladies et l'état morbide, le médecin applique diverses manipulations au patient en lui tapotant, pressant, pinçant, tapant ou percutant avec la main les points convenables ou les lignes de stimulation spécifiques sur le revêtement cutané, qui par l'intermédiaire des méridiens provoquent une circulation libre de l'énergie et du sang à l'intérieur du corps et un rétablissement des activités physiologiques aux fonctions troublées. Par suite on aboutit à la guérison des affections. Cette thérapie consiste surtout à tapoter ou à presser du doigt certains points du corps. C'est pourquoi, elle est connue sous le nom de "traitement par pression sur des points".

2. L'origine et le développement du traitement par pression sur des points

D'après les documents, la pression sur des points étant un des arts martiaux chinois possède une longue histoire. Elle comporte: presser sur les points, frapper les points, saisir les points,

botter les points . . . dénommés tous par la pression sur des points. Dans la tradition de la boxe chinoise, c'est à la fois un moyen d'attaque et une méthole de traitement pour certains traumatismes. Mais à cause de la limite des conditions historiques, elle n'est pas popularisée même dans les milieux de Qi Gong (exercice respiratoire) et de la boxe chinoise.

Se basant sur le principe des arts martiaux, nous avons largement appliqué la pression sur des points dans le traitement des maladies dont les résultats sont très satisfaisants. Par conséquent elle est acceptée avec enthousiasme par la masse populaire. En 1964, l'Institut de recherches sur des sciences médicales et pharmaceutiques de Qingdao a fait l'expertise scientifique de ce procédé thérapeutique. Il est prouvé que la pression sur des points donne une efficacité remarquable pour traiter la paralysie nerveuse des membres. Dès lors notre hôpital a établi le service correspondant et les lits de malade. Depuis une vingtaine d'années, sous la considération et la sollicitude des organisations du Parti aux différents échelons, on a élargi sans cesse les indications de cette méthode et élevé les effets thérapeutiques à travers de la pratique clinique. Jusqu'à présent, nous avons traité en clinique par la pression sur des points plus de 20,000 patients atteints de différentes maladies dont plus de 3,000 cas de polymyélite antérieure, séquelles d'encéphalite, paralysie cérébrale, paraplégie traumatique, syndrome douloureux cervico-lombaire, etc. Le taux d'efficacité atteint plus de 80%. Pour continuer et développer d'une manière plus approfondie ce patrimoine précieux de la médecine traditionnelle chinoise, nous devons non seulement arranger les expériences et les documents historiques de la pression sur des points, mais aussi faire des recherches sur les nouvelles méthodes

et expériences en vue d'élever les connaissances théoriques et de mieux servir la cause médicale et sanitaire du peuple.

3. Les caractéristiques du traitement par pression sur des points

(1) Larges indications et meilleure efficacité:

Le traitement par pression sur des points donne des résultats satisfaisants aux maladies courantes de même qu'aux affections rebelles telles que polymyélite antérieure, séquelles d'encéphalite, paralysie cérébrale, hernie discale, etc. De plus, pour certains patients souffrant d'une maladie de longue durée, ayant une constitution faible, cette thérapie peut aussi renforcer la résistance de l'organisme contre les affections et promouvoir le rétablissement de la santé.

(2) Economique et simple, facile à posséder:

Le traitement par pression sur des points est assez simple, facile à apprendre et à posséder. Pour guérir les maladies, il suffit d'établir le diagnostic dialectique précis, de choisir les points adéquats, de pratiquer la technique manipulatoire convenable et d'appliquer les manipulations agiles. Donc on n'a pas besoin d'acheter des instruments médicaux et des équipements spéciaux. Le traitement s'exécutera n'importe quand et n'importe où, quels que soient la campagne, la mine ou d'autres endroits.

(3) Sûr et acceptable:

Le traitement par pression sur des points est une thérapie sûre, acceptée par toutes les gens: hommes, femmes, vieillards et enfants. Au cours du traitement, on doit accorder de l'attention

à la technique manipulatoire, bien choisir les points et faire consciencieusement la manipulation afin d'éviter les mauvaises réactions.

4. Les principes thérapeutiques du traitement par pression sur des points

En clinique, le traitement par pression sur des points se pratique en accordance avec le diagnostic dialectique en vertu des théories fondamentales de la médecine traditionnelle chinoise. Ainsi, selon le point de vue de la médecine chinoise, en association avec les connaissances de la médecine moderne, nous allons discuter les principes de cette thérapie.

Les points et les lignes de stimulation utilisés par ladite méthode sont étroitement liés aux méridiens dont les effets ont été indiqués dans "Ling Shu: Ben Zang": "L'énergie, le sang et les liquides organiques du corps constituent les substances fondamentales pour alimenter la vie humaine et maintenir les activités physiologiques normales de l'organisme. Quant aux méridiens, ils font circuler l'énergie et le sang, mobilisent Yin et Yang, humectent les tendons et les os et favorisent les articulations." En plus de cela, dans "Ling Shu: Jing Bie" on a aussi mentionné: "Grâce aux 12 méridiens, les activités fonctionnelles des viscères s'adaptent bien aux changements des circonstances externes." Par conséquent, en cas de physiologie normale, les méridiens représentent la voie par laquelle circulent le sang et l'énergie nutritive, défensive et vitale. Ils forment un réseau reliant les organes-entrailles à l'intérieur et les membres, les articulations à l'extérieur. Ce qui fait

ainsi du corps humain un tout intégral. Dans l'état pathologique, ils servent encore de passage à la transmission du syndrome d'extérieur à l'intérieur de l'organisme et vice versa. "Ling Shu: Jing Bie" a souligné: "La reproduction de l'homme la génèse, l'apparition et la guérison des maladies dépendent des 12 méridiens". Cela veut dire lorsque le corps humain est attaqué par les facteurs pathogènes, les fonctions des méridiens et des organes-entrailles sont troublées, il apparaît alors les différents symptômes réalisant la maladie. Le traitement par pression sur des points consiste à pratiquer convenablement la technique de tapotement, de pression, de pincement, de tapement et de percussion à certains points ou lignes de stimulation du malade, pour que l'action de l'énergie et de la force pénètre dans l'intérieur du corps en longeant le trajet correspondant des méridiens-viscères. Ce qui stimule l'énergie du méridien et produit l'induction de la région atteinte où arrive l'énergie. Par suite, on parvient à l'équilibration de Yin-Yang, à la normalisation de la fonction des organes-entrailles et à la régularisation de l'abondance ou de l'insuffisance de l'énergie et du sang. Voici les effets thérapeutiques du traitement par pression sur des points:

(1) Désobstruer les méridiens, mobiliser l'énergie et vivifier le sang:

Comme nous l'avons déjà dit, les méridiens constituent la voie où circulent l'énergie et le sang. En cas de maladie, il existe la lutte entre l'énergie vitale et l'énergie perverse, et le déséquilibre de Yin-Yang. Il en résulte que l'énergie du méridien est perturbée et que la circulation de l'énergie et du sang est obstruée d'où atrophie, paralysie, etc. Les documents historiques "Dian Xue Shu: Dian Xue Yu Qi Xue Pian" a montré: "Si l'on peut ouvrir la porte

du point et rétablir la circulation de l'énergie et du sang, il y aura la détente des méridiens et la disparition de l'affection . . . le traitement consiste à faire la conduction devant le point ou à ouvrir sa porte au côté opposé afin que le point fermé ressente une stimulation et qu'il s'ouvre progressivement. Dans ce cas-là, l'énergie et le sang stagnant passent lentement par ce point pour rétablir la circulation." Autrement dit avec une manipulation appropriée et la pression sur des points, cette méthode peut désobstruer les méridiens, mobiliser l'énergie, vivifier le sang et harmoniser l'énergie nutritive et défensive. C'est pourquoi on obtient la guérison de la maladie.

(2) Equilibrer Yin et Yang, tonifier l'énergie vitale et chasser l'énergie perverse:

Dans l'état normal de l'organisme, les activités fonctionnelles des tissus et des viscères maintiennent une harmonisation organique. En d'autres termes, Yin et Yang sont tous dans un état d'équilibre relatif. Si cette relation d'harmonisation est détériorée par un facteur quelconque, Yin et Yang perdent leur équilibre relatif provoquant ainsi les manifestations morbides. Par exemple, le pied varus et le pied valgus que nous avons rencontrés en clinique sont des symptômes typiques du déséquilibre de Yin-Yang. L'affaiblissement de Yang et la prédominance de Yin cause le pied varus tandis que l'affaiblissement de Yin et la prédominance de Yang, le pied valgus. Le traitement par pression sur des points peut régler l'affaiblissement ou la prédominance et rétablir l'équilibre et l'harmonisation entre Yin et Yang. De là, on parvient à la guérison. Citons un autre exemple, la fièvre exogène des enfants est souvent suscitée par les changements climatiques et l'insuffisance de l'énergie vitale, alors l'énergie défensive est en déficience, l'éner-

gie perverse vent-chaleur attaque l'organisme en profitant du vide, soi-disant "l'énergie perverse envahit la région où l'énergie vitale est en affaiblissement. A ce moment, on pratique la technique manipulatoire appropriée de la pression sur des points dans le but d'exciter l'énergie vitale et d'expulser l'énergie perverse pour guérir l'affection.

En un mot, le traitement par pression sur des points présente des effets variés sur le patient. Il peut non seulement désobstruer les méridiens, faire circuler l'énergie et le sang, mais encore équilibrer Yin et Yang, tonifier l'énergie vitale et chasser l'énergie perverse.

La mise en œuvre des effets susmentionnés dépend d'une part de l'état fonctionnel du corps, d'autre part de la prise des points et du choix des manipulations. Ils se complètent l'un et l'autre et s'influencent mutuellement. C'est-à-dire, les causes externes constituent la condition des changements, les causes internes en sont la base, les causes externes opèrent par l'intermédiaire des causes internes. Donc lors de l'application de la pression sur des points en clinique, il faut choisir les points convenables et utiliser une technique manipulatoire adéquate selon la constitution physique et l'état morbide du patient, l'abondance ou l'insuffisance de l'énergie vitale et de l'énergie perverse. Ainsi on aboutit à entrer en convalescence.

Se basant sur le point de vue de la médecine moderne, le mécanisme thérapeutique du traitement par pression sur des points consiste à régulariser principalement la fonction du système nerveux et à améliorer par action réflexe la circulation sanguine et le métabolisme de la région affectée. Ce qui peut promouvoir le rétablissement ou la régénération du pouvoir phagocytaire des

histiocytes et accélérer la guérison. En ce qui concerne le mécanisme exact de cette thérapie, il nous reste à faire des recherches approfondies dans l'avenir.

5. Les indications et contre-indications

(1) Indications:

1) Paralysie: Polymyélite antérieure, séquelles d'encéphalite, paralysie cérébrale infantile, polynévrite terminales, hémiplégie, paraplégie traumatique, paralysie faciale, lésion des nerfs crural et sciatique, lésion du nerf musculo-cutané du bras, lésion du nerf radial, lésion du nerf médian, lésion du nerf cubital, contusion cérébrale, etc.

2) Syndrome douloureux cervico-scapulaire et celui des lombes et des membres inférieurs: Traumatisme des lombes, syndrome des parties molles et des petites articulations, traumatisme en rotation des vertèbres D 2, D 3, D 4, hernie discale, névralgie sciatique, traumatisme des parties molles de la fesse, traumatisme de l'articulation sacro-iliaque, spondylose cervicale, torticolis, périarthrite scapulo-humérale, entorse ou contusion de l'articulation du poignet, épicondylite, entorse ou contusion de l'articulation du cou-de-pied, douleur aux articulations du genou, spasme des muscles jumeaux de la jambe, talalgie, traumatisme du ligament des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes des doigts, épiphysite et chondrite de la tête du fémur, ténosynovite de l'apophyse styloïde du radius, traumatisme des muscles adducteurs de la cuisse, traumatisme du ligament latéral interne du genou, traumatisme de l'hypochondre provoqué par une force inconvenante.

3) Autres maladies: Céphalée, dentalgie, douleur abdominale, neurasthénie, vomissement nerveux, hoquet, hydrocéphalie, pied bot varus équin congénital, amygdalite aiguë, laryngite aiguë, chorée, torticolis spasmodique, hystérie, dyspepsie infantile, fièvre exogène des enfants, énurésie infantile, impuissance, spermatorrhée, myopie, ptosis, strabisme paralytique, dysménorrhée, gastro-entérite aiguë, insolation, synocope, dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire, etc.

(2) Contre-indications:

1) Maladies aiguës (urgences abdominales et phase aiguë des infections courantes de la chirurgie), maladies fébriles et maladies contagieuses.

2) Hypertension artérielle, maladie cardiaque, tuberculose pulmonaire grave.

3) Affections qui causent facilement l'hémorragie telles que hémophilie, purpura thrombocytopénique, purpura anaphylactique.

4) Dermatose sérieuse.

6. Quelques remarques en clinique

(1) Les travailleurs médicaux doivent établir fermement la pensée de servir le peuple de tout cœur. Durant le traitement de la maladie par pression sur des points, il faut faire minutieusement le travail idéologique du patient, supprimer son anxiété et mettre en œuvre toute son activité consciente subjective afin qu'il soit plein de confiance dans la guérison de l'affection.

(2) Lors de la manipulation, le médecin doit d'abord couper les ongles et coller du sparadrap sur l'extrémité des doigts

pour éviter la blessure cutanée du patient. Puis il importe qu'on passe progressivement de la manipulation faible à la manipulation forte, de la manipulation lente à la manipulation rapide. Enfin le malade est soulagé par une technique manipulatoire légère. Cela convient surtout aux patients d'une constitution faible, ayant une faim canine ou mangé à satiété, à ceux recevant le traitement pour la première fois et aux femmes en phase menstruelle ou en période de grossesse.

Si le malade est très fatigué ou tombé ivre, on évite momentanément cette thérapie. Pour la correction de la déformation, il faut se garder de toute précipitation, en vue de prévenir la fracture causée par une manipulation trop forte.

(3) Au cours du traitement, il implique de recourir aux connaissances de la médecine moderne et aux théories fondamentales de la médecine traditionnelle chinoise pour établir le diagnostic dialectique. C'est-à-dire, selon lès manifestations cliniques et les symptômes concrets, à l'aide des 4 moyens de diagnostic, on syntétise, analyse et classifie l'état morbide et les signes corporels observés afin de trouver la localisation de l'affection, les changements pathologiques (1° inspection, 2° interrogatoire, 3° palpation, 4° comparaison, 5° localisation) et et les syndromes superficiel ou profond, primaire ou secondaire et d'émettre un diagnostic clair. Ensuite, on détermine le principe thérapeutique et propose le plan du traitement. Ainsi, le choix des points et l'application des manipulations sont vraiment basés sur les conditions spécifiques. Par suite la pression sur des points joue à fond un rôle dans le traitement des maladies et donne des résultats prévus.

(4) Dans le traitement dialectique, à l'exclusion du choix adéquat des points et des manipulations, il est encore nécessaire

de prêter attention à la technique manipulatoire appropriée. La manipulation faible pour les maladies graves est inefficace de même que la manipulation forte pour les maladies légères est inconvenante.

(5) Après le traitement par pression sur des points, le patient ressent souvent au champ opératoire une sensation d'endolorissement, d'engourdissement, de chaleur, de gonflement ou des crampes. Parfois la peau est congestionnée. Dans les cas graves il y a stagnation sanguine sous-cutanée, sudation générale ou fièvre. Pour tout cela, pas besoin de prendre des dispositions, le malade se rétablit assez vite et la stagnation du sang disparaîtra dans une semaine. Durant le traitement, si les réactions sont sérieuses et se manifestent par vertige, nausée, faciès pâle ou syncope, il faut les traiter à temps. En général on presse la cloison nasale ou pince avec une manipulation rapide la racine unguéale des doigts et des orteils. C'est ce qui aboutit rapidement au rétablissement du patient.

De plus, quand on applique une stimulation forte sur la région dorsale supérieure, il apparaît chez le patient l'arrêt respiratoire momentané. On peut le soulager en tapant tout de suite les épaules, le dos, la nuque, la tête, etc, en pressant les lombes ou en saisissant le triangle lombaire et le muscle grand oblique de l'abdomen. Quelquefois l'application de la stimulation forte sur les épaules et la face externe des fesses rend les membres du malade paralytiques et asthéniques. S'il s'agit des membres supérieurs, on tape les épaules, les coudes et les poignets. Quant aux membres inférieurs, on peut taper les lombes, les fesses, les creux poplités et le patient se rétablira aussitôt.

En clinique, étant traités par la pression sur des points, les

malades ont de l'appétit, dorment bien, prennent du poids et ressentent du bien-être, les symptômes sont atténués. Mais il existe aussi certains patients dont les symptômes s'aggravent pour le moment et disparaissent 3-4 jours après, puis les manifestations cliniques sont améliorées. Nous devons donc faire des explications aux malades pour qu'ils se débarrassent des soucis inutiles qui influencent les effets thérapeutiques.

(6) Cure et durée du traitement. En général, il convient de faire 1 séance de traitement par jour. · Pour les affections aiguës 2 séances par jour. Si les réactions sont assez graves, les séances seront espacées de 1-2 jours. Pour les maladies de courte durée avec l'état morbide léger, 10 jours formens une cure. Tandis que les affections chroniques de longue durée, une cure compte 1-2 mois. La cure des paraplégiques dure même 6 mois. Certaines maladies (par exemple polymyélite antérieure en accès aigu, début des séquelles d'encéphalite, etc.) sont traitées par des cures sans intervalles. Pour d'autres affections telles que séquelles de polymyélite et d'encéphalite, on peut arrêter le traitement pendant 1-2 mois, puis on reprend la thérapie.

7. Comment apprendre le traitement par pression sur des points

Pour apprendre ce procédé thérapeutique, il faut d'abord préciser le but d'étude, avoir la pensée de servir le peuple de tout cœur, étudier assidûment cette méthode, bien connaître les points, être versé dans les manipulations, posséder à fond la technique de presser sur des points. C'est ainsi qu'on pourra avoir la main heureuse et utiliser habilement cette thérapie.

Pour traiter les maladies par la pression sur des points, le médecin doit appliquer continuellement les différentes techniques manipulatoires en tapotant, pressant, pinçant ou tapant certaines régions du corps du patient. Par conséquent il faut que le médecin ait une constitution forte et une force constante. C'est pourquoi, il est nécessaire de faire l'entraînement pour renforcer la constitution physique, maîtriser les manipulations et rendre la force du bras abondante, celle du poignet souple et élastique et celle des doigts permanente. Par la suite, la pensée, l'énergie et la force exercent en même temps une action sur le malade qui obtiendra le résultat prévu. Les débutants sont conseillés de suivre le processus suivant en vue de posséder cette thérapie à bref délai.

(1) La technique manipulatoire constitue la clef du traitement par pression sur des points, de même que les manipulations occupent une place assez importante. Donc on doit d'abord étudier la technique de presser sur des points décrite dans le livre, s'exerce consciencieusement, de façon répétée, aux diverses manipulations selon leur exigence et leur méthode, en comparaison avec les figures. On arrive enfin à l'utiliser habilement et à avoir la main heureuse.

(2) Les points et les lignes de stimulation sont des endroits où l'on applique les manipulations. Ainsi, on doit retenir par cœur les points et les lignes de stimulation usuels mentionnés dans le livre, pratiquer les différentes techniques manipulatoires sur soi-même pour mieux se rendre compte de la réaction aux divers points provoquée par les manipulations variées. Ce qui aide au choix de la technique manipulatoire appropriée en clinique selon la réaction du malade au cours du traitement. Seules,

la prise des points précis et la manipulation convenable donnent des effets satisfaisants.

(3) Le traitement par pression sur des points s'exécute consciencieusement et soigneusement, avec une grande concentration. Il importe que le médecin soit tout yeux et tout oreilles et qu'on change immédiatement la technique en cas d'inconvenance. En même temps, il faut exceller à faire le bilan de l'expérience acquise pour élever sans cesse la qualité des soins médicaux.

(4) L'entraînement des manipulations doit se combiner avec celui des exercices de base (voir le paragraphe ci-après "Entraînement de l'exercice pour la pression sur des points").

Le traitement par pression sur des points est un procédé thérapeutique facile et commode. Quels que soient les médecins campagnards ou les amateurs, il suffit de l'apprendre diligemment et de l'exercer assidûment, on pourra le posséder et l'utiliser dans un certain temps.

8. L'entraînement de l'exercice Gong pour la pression sur des points

La manipulation de la pression sur des points exige une certaine force. On recourt à la force de l'exercice pour avoir une force abondante. La force de l'exercice est une sorte d'énergie interne survenue après une longue période d'entraînement. Elle est invisible, mais produit des effets électriques par le contact. Bien qu'on ne puisse pas déterminer l'intensité de la force en apparence, le patient sent la pénétration de la force dans les tendons, les os ou les viscères, voire l'engourdissement et la chaleur

du corps tout entier causés par la touche au point. Il est préférable de commencer l'entraînement de l'exercice dès la jeunesse.

L'entraînement pour la pression sur des points comprend 9 exercices. Chaque geste préparatoire comporte le regard droit en avant, le cœur calme, la bouche fermée, la langue touchant la voûte palatine, les épaules tombantes, les coudes pendants, la poitrine retenue, le dos dressé, la respiration régulière, le corps convenablement détendu et la polarisation de l'attention sur le champ de cinabre (Dan Tian).

(1) Exercice de redressement:

Méthode: L'écartement entre les pieds correspond à la largeur des épaules, on s'abaisse en posant les mains sur le bord supérieur des genoux (fig 1-1), puis, se redresse. La force provient du pied et monte aux lombes en passant par les jambes. Les bras et les mains font des efforts en même temps. Le mouvement de redressement est répété à maintes reprises (fig 1-2).

Effets thérapeutiques: Renforcer les lombes et les reins, fortifier les os et les tendons, augmenter la puissance physique et la force constante de l'organisme. Il est indiqué dans la fortification de la constitution physique et le traitement de l'arthrite, de l'impuissance, de la spermatorrhée, de l'hypertension artérielle, etc.

(2) Exercice de tapement avec la mobilisation de l'énergie:

Méthode: Les pieds se rapprochent l'un de l'autre, les jambes demeurent tout droites, les doigts des mains s'entrecroisent, on lève les bras avec la paume de la main vers le haut. (En général, le malade prend le décubitus dorsal, les membres supérieurs s'allongent spontanément et se posent bien, les membres inférieurs s'étendent, le dos du pied en flexion. Si les membres inférieurs

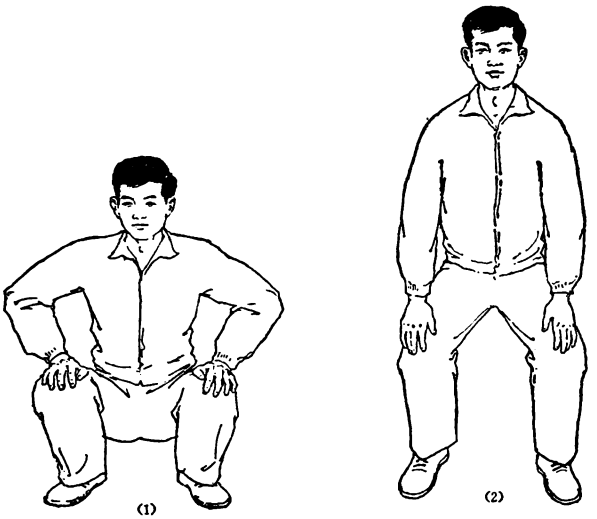


Fig. 1 Exercice de redressement

sont paralytiques, on demande seulement au patient de les allonger de façon naturelle). On pratique la respiration abdominale. Lorsque l'énergie s'accumule au champ de cinabre, la respiration s'arrête momentanément. Un autre médecin tape et martèle de la main ou frappe du bâton l'ombilic ou la région sous-ombilicale (fig 2). La force et la fréquence du tapement s'augmente peu à peu.

Effets thérapeutiques: Il s'agit d'entraîner l'énergie du champ de cinabre, de tonifier la rate et l'estomac et de renforcer les lombes et les reins. Il est applicable au traitement de l'inappétance, de l'indigestion, de l'incontinence d'urine et de matières fécales, de l'énurésie, de la spermatorrhée, de l'impuissance, de la paralysie des muscles abdominaux, etc.

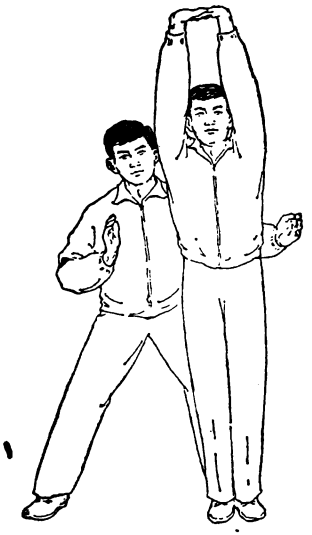


Fig. 2 Exercice de tapement avec la mobilisation de l'énergie

(3) Exercice de tiraillement réciproque:

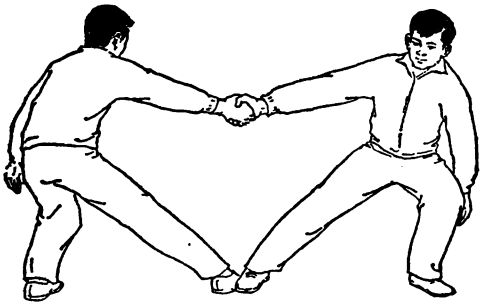


Fig. 3 Tiraillement réciproque entre 2 personnes

Méthode: Cet exercice se pratique par 2 ou 3 personnes. Voici le tiraillement réciproque entre 2 personnes: 2 hommes se tiennent stables avec un geste de monter à cheval en s'opposant obliquement l'un en face de l'autre. Les pieds antérieurs se rapprochent par la face externe, on se serre la main ou les mains, le corps tout entier est en harmonie parfaite. Dès que l'énergie s'accumule au champ de cinabre, les membres supérieurs se tirent énergiquement, on porte le poids sur la jambe postérieure et s'abaisse progressivement au fur et à mesure de l'augmentation de la force. Celui qui fait déplacer le pied du partenaire sera le vainqueur (fig 3). Le sujet bien harmonieux a toujours la main heureuse, mais il convient d'être égal pour les deux. Après quelques tiraillements de va-et-vient, changer la main et la direction, puis recommencer l'exercice. Le tiraillement réciproque entre 3 personnes s'exécute comme suit: un homme plus fort se tient stable avec le geste de monter à cheval et les talons touchant pleinement le sol, serre à la fois la main aux 2 autres situés aux 2 côtés de lui. Dès l'accumulation de l'énergie au champ de cinabre, il fait tous ses efforts pour tirer ses 2 partenaires qui de leur tour font les mêmes mouvements que le tiraillement entre 2 personnes. Celui qui se trouve au milieu doit maintenir l'équilibre, bien que ses 2 mains soient toutes tirées en même temps. Si l'on possède bien la méthode, on peut aussi demeurer stable comme une montagne, rester tranquille au centre et être difficile à se déplacer (fig. 4).

Effets thérapeutiques: L'entraînement constant de cet exercice est favorable à l'élévation de la capacité d'équilibration et à la tonification des tendons et des os.

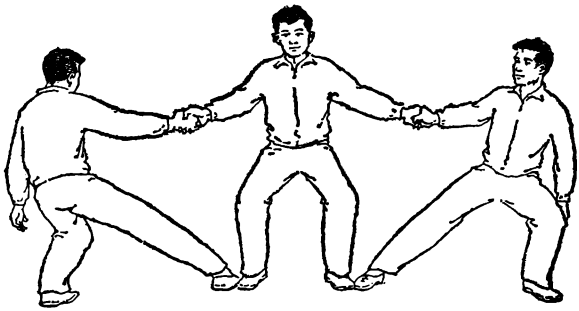


Fig. 4 Tiraillement réciproque entre 3 personnes

(4) Exercice en décubitus dorsal:

Méthode: Relâcher l'organisme tout entier, exclure toutes les pensées confuses, aspirer l'air frais et mobiliser l'énergie du corps. On hausse simultanément les épaules, étend la colonne vertébrale, tend les talons et fléchit le dos du pied. Lorsque l'énergie descend au champ de cinabre, on expire l'air, relâche et contracte les tendons et les vaisseaux des 4 membres afin que l'énergie vitable circule d'une manière continue dans le corps humain (fig 5). On fait l'exercice plusieurs fois par jour, mais non promptement, sinon ce sera défavorable.

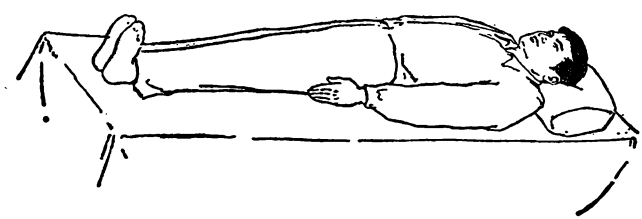


Fig. 5 Exercice en décubitus dorsal

Effets thérapeutiques: Cet exercice peut apaiser Yin et Yang, faire circuler l'énergie et le sang et rendre l'énergie vitale prospère.

(5) Exercice de heurt du dos contre le mur:

Méthode: L'écartement entre les pieds égale à la largeur des épaules, on se tient debout devant un mur plat à une distance de 0,5 pied environ, le corps en harmonie et le tronc un peu en arrière. On heurte brusquement le dos contre le mur et la réaction du choc fait pencher le corps en avant. Les mouvements se répètent à maintes reprises. Pour heurter la région dorsale inférieure (les lombes), on se tient debout avec un geste de monter à cheval, la partie supérieure du dos un peu penchée en avant,

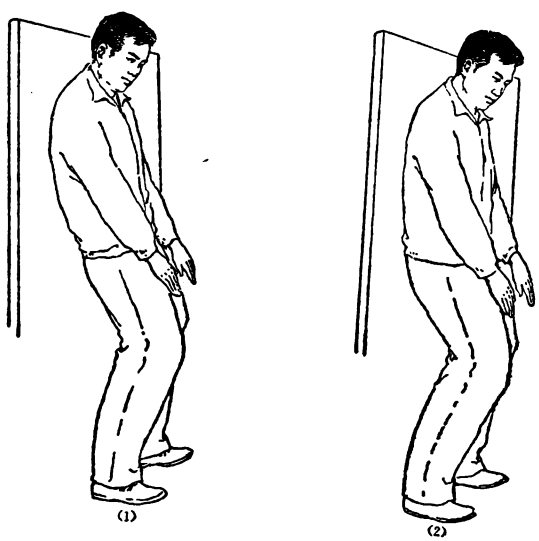


Fig. 6 Exercice de heurt du dos contre le mur

et on fait les heurts avec les bras tombants. Chez les débutants, les heurts se pratiquent doucement et s'intensifient de plus en plus (fig 6). Durant l'exercice, concentrer l'attention et l'énergie aux lombes, aux reins, aux épaules et au dos.

Effets thérapeutiques: Il s'agit de renforcer les lombes et les reins et de tonifier la région dorsale. A la suite de l'entraînement, les épaules, le dos, les lombes et les reins sont extrêmement solides. Il est indiqué dans la fortification de la constitution physique et le traitement de la douleur lombo-dorsale.

(6) Saut de scolopendre:

Méthode: D'abord les paumes et les orteils touchent le sol et soutiennent le corps, la région thoraco-abdominale s'écartant du sol comme le mouvement gymnastique "se coucher sur le ventre et tenir le corps droit et raide" (fig 7-1). Puis on hausse le tronc en forme d'arc et s'étaie énergiquement sur les paumes et les orteils en poussant le sol vers l'arrière (fig 7-2). Donc profitant de la force du soutien, on monte dans les airs et fait un saut en avant. On répète l'exercice jusqu'à ce qu'on puisse avancer et reculer à sa guise.

Effets thérapeutiques: Cet exercice peut harmoniser les régions thoraco-abdominale, lombo-dorsale et scapulo-brachiale. Il sert à fortifier la constitution physique, mais interdit aux patients.

(7) Force de la patte d'aigle:

Méthode: Elle s'appelle aussi force de la patte de dragon. Au cours de l'entraînement, on prend la petite ouverture de la jarre (5 kilos environ) avec les doigts et la soulève lentement (fig 8). Au début, elle glisse souvent de la main et monte difficilement, mais la montée et la descente se réalisent librement à

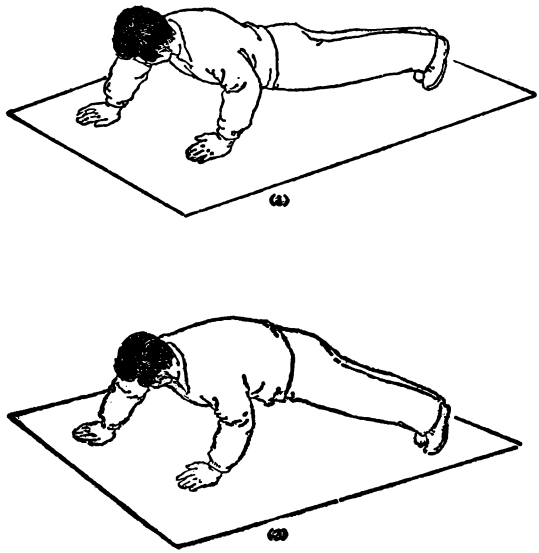


Fig. 7 Saut de scolopendre

la longue. Ensuite on ajoute graduellement un bol de sabre ou de millet tous les 10 jours, jusqu'à ce que la jarre soit pleine. Enfin on fait les mêmes mouvements en remplaçant le sabre ou le millet par la limaille de fer. Si la jarre remonte et s'abaisse arbitrairement, que l'énergie suit la pensée et la force suit les doigts, ce sera la réussite.

Effets thérapeutiques: Il convient au renforcement de la force digitale.

(8) Exercice de martèlement de poing sur les papiers superposés:

Méthode: 100-150 feuilles de papier suspendues au mur,

Fig. 8 Force de la patte d'aigle

après l'accumulation de l'énergie au champ de cinabre, on introduit l'énergie aux bras et polarise l'attention sur les poings. En général, l'eminence hypothénar ou le dos de la 1re phalange des 2e, 3e, 4e et 5e doigts contactent les papiers (fig 9). Déconseillé aux malades.

Effets thérapeutiques: Il s'agit d'entraîner la force du bras et du poing.

(9) Exercice de poussée contre la montagne (le mur):

Méthode: L'écartement entre les pieds correspond à la largeur des épaules, on se tient debout devant un mur, les doigts un peu courbés prennent forme de la patte dont les extrémités touchent le mur ou les doigts s'étendent naturellement et les paumes contactent le mur. On se dresse tout droit (fig 10-1), dès l'accumulation de l'énergie au champ de cinabre, on introduit l'énergie aux bras et fait les mouvements de va-et-vient ou bien

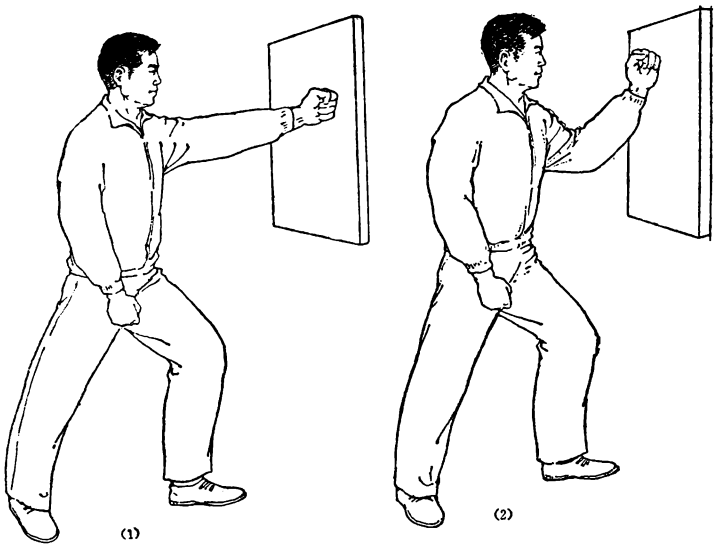


Fig. 9 Exercice de martèlement de poing sur les papiers superposés

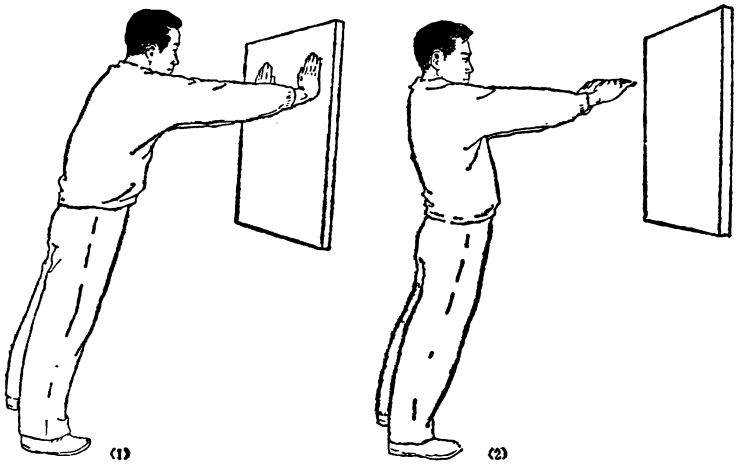


Fig. 10 Exercice de poussée contre la montagne

nement de la force des doigts, des bras et du corps.

Effets thérapeutiques: Cet exercice est applicable à l'entraî- lors de la poussée des bras, par suite de la force intense, le corps s'incline vers l'arrière et les mains quittent le mur (fig 10-2). L'exercice se répète avec précaution en vue d'éviter la chute dans le recul.

SUPPLEMENT:

Exercice avec la ceinture d'entraînement

L'exercice avec la ceinture d'entraînement, propagé depuis longtemps dans les masses populaires de Laoshan, est une sorte d'exercice respiratoire dur (exercice pour l'endurcissement des muscles), il est considéré comme un exercice de base des arts martiaux chinois et une méthode de fortifier la constitution physique et de traiter des maladies. Cet exercice doué des effets fortifiants et thérapeutiques est assez simple, il est facile à apprendre et à posséder. Si on s'entraîne à l'exercice précité dès la jeunesse, on aura une constitution solide dans la vieillesse et ne paraîtra pas son âge. C'est pourquoi on dit que ceux qui assimilent bien l'exercice avec la ceinture d'entraînement lors de la jeunesse, ne souffriront ni de l'éblouissement, ni de la surdité ou de la courbure dans la vieillesse. Maintenant, nous présentons le contenu de cet exercice:

1. Instruments

Marteau sous forme de bâton: On divise les marteaux en 2 types: grand et petit. Ils sont tous en bois dur tel que jujubier, buis, etc. Le petit marteau ayant une longueur de 60-70 cm, pré-

sente un peu la forme d'un arc avec 2 extrémités inégales, l'une plus grosse que l'autre, dont les diamètres comptent respectivement 8-10 cm et 4-6 cm, comme un manche de pioche. Il sert surtout à percuter la région abdominale ou les membres. Le grand marteau, encore plus gros et plus long, semblable au petit marteau, est convenable aux adultes expérimentés.

Marteau en cuir sous forme de bâton: Il ressemble à la bouillotte en caoutchouc, long de 30 cm et large de 18-20 cm. Son manche s'apparente à la grande ouverture d'une bouteille. C'est un sac en cuir de veau ou de porc, rempli de cailloux roulés durs et lisses, fermé par un long bouchon de bois. Ce marteau convient à percuter la nuque, le dos, les membres et la poitrine, si celui-là nous manque, on peut le remplacer par le poing.

Ceinture d'entraînement: Cette ceinture en étoffe ou en toile de 1,5-1,8m de long et de 8-10 cm de large est utilisé par les praticiens. Elle peut entourer étroitement 2 fois les lombes, suivie d'une corde souple long de 90 cm environ.

2. Méthode d'entraînement

Au début de l'exercice, le praticien doit faire des mouvements préparatoires, par ex, compression et lancement des jambes, exercice des 8 trésors, etc., ensuite on entoure étroitement les lombes (en prenant l'ombilic comme centre) d'une ceinture d'entraînement avec des gestes différents. La langue touchant la voûte palatine, on pratique la respiration abdominale ou thoracique. Après l'inspiration, on retient son haleine et mobilise l'énergie du corps tout entier (maintenir la tension). Le maître percute les diverses parties. En général on fait 2 coups de percussion pour chaque région où le praticien polarise l'attention

à chaque instant. Durant l'exercice, la percussion s'exécute de plus en plus fort et la force s'intensifie progressivement. Au 1er stade, on frappe d'abord le corps avec la paume, puis dès l'adaptation, avec le poing, enfin avec le bâton. Au cours de l'entraînement, on prend souvent les gestes ci-dessous:

(1) Geste de monter à cheval:

On se tient stable avec ledit geste, les doigts des mains s'entrecroisent, puis on étend les bras en avant avec les paumes vers l'extérieur. Le maître percute de la main le corps du praticien en longeant respectivement la face externe des avant-bras, les épaules, les flancs, les bras, les fesses et la face externe des jambes (fig. 11). Après la percussion, le praticien se redresse, fait la respiration et se repose un instant, ensuite, répète l'exercice 3-5 fois.

Fig. 11 Geste de monter à cheval

(2) Geste de gravir la montagne (I):

Se tenir stable avec ce geste, le torse orienté vers l'avant et la droite, pratiquer la respiration abdominale. Les doigts des mains s'entrecroisant, avancer les bras vers la droite. Le maître percute par ordre le côté gauche de l'épaule, de la poitrine, des lombes, de la fesse, la face postérieure de la cuisse et de la jambe jusqu'au talon (fig. 12). Après la percussion, se redresser tout de suite, faire la respiration et se reposer un peu, puis reprendre le même geste en tournant le corps vers l'avant et la gauche. Le maître percute les régions droites et ainsi de suite. L'exercice se répète 3 fois pour chaque côté.

Fig. 12 Geste de gravir la montagne (I)

(3) Geste de gravir la montagne (II):

Se tenir stable avec ce geste-là en pratiquant la respiration thoracique. Lever transversalement le bras droit au-dessus de la

tête avec le creux du poing tourné vers l'avant et étendre le bras gauche vers la gauche avec le creux du poing dirigé vers le bas. Porter la poitrine en avant. Le maître donne successivement 2 coups aux 2 côtés du thorax (fig. 13) et répète la percussion 2-3 fois. Etant percuté, on se redresse immédiatement, fait la respiration et se repose un petit moment. Ensuite on lève transversalement le bras gauche au-dessus de la tête alors que le maître donne 2-3 coups à la poitrine. On refait l'exercice 3 fois pour chaque côté.

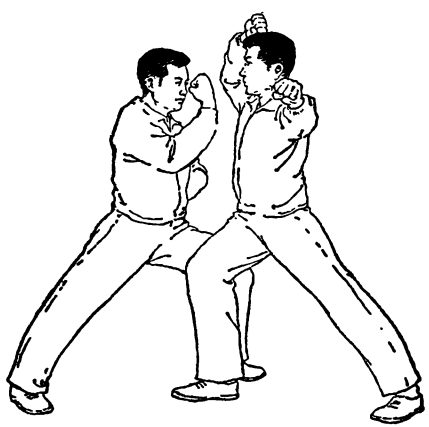


Fig. 13 Geste de gravir la montagne (II)

(4) Geste de se courber les lombes:

Le praticien exécute la respiration abdominale, les pieds se rapprochant l'un de l'autre et les jambes restant toutes droites. On se courbe les lombes (formant un angle de 90°), la tête penchée vers l'arrière, Pt. Baihui orienté vers le haut, les doigts des mains

s'entrecroisent et les bras s'étendent vers le bas. Le maître percute la tête et le dos (fig. 14).

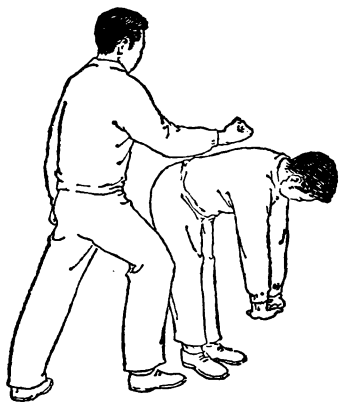


Fig. 14 Geste de se courber les lombes

(5) Geste de soutenir le ciel:

Le praticien applique la respiration abdominale, rapproche les pieds, se tient debout, entrecroise les doigts des mains et lève les bras avec les paumes tournées vers le haut. Commançant par la face externe des bras, le maître percute respectivement de haut en bas les membres supérieurs, les épaules, les flancs, les fesses, la face externe des cuisses, des jambes et les malléoles externes (fig. 15). La percussion terminée, on revient à la position primitive et fait la respiration. L'exercice se répète 3 fois. A la 4e fois, dès l'accumulation de l'énergie au champ de cinabre, percuter l'ombilic ou la région sous-ombilicale (voir fig. 2). Au commencement, on donne 3-5 coups, augmenter progressivement la fréquence de la percussion au fur et à mesure de l'approfondissement de l'exer-

cice. Parfois, le praticien percuté lâche un pet accompagné de bruit. C'est un phénomène normal de l'entraînement. Après la percussion, on fait la respiration et revient à la position primitive. On répète l'exercice 2 fois.

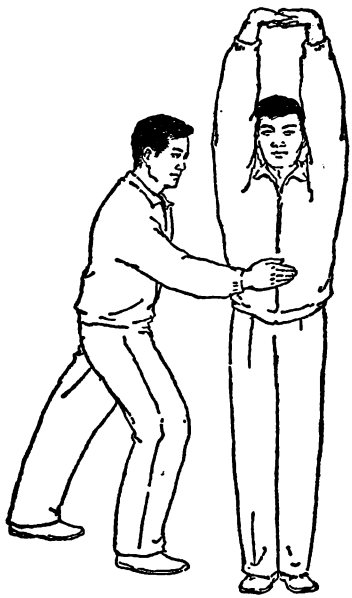


Fig. 15 Geste de soutenir le ciel

Ayant fini les mouvements susmentionnés, on fait encore l'exercice des 8 trésors pour terminer l'entraînement.

3. Période et horaire de l'exercice avec la ceinture d'entraînement

La période d'entraînement de l'exercice dure 3 mois. On peut faire continuellement plusieurs périodes d'entraînement ou bien les périodes sont espacées des mois. D'une manière générale, le

printemps où les pêchers fleurissent est une saison préférable pour l'entraînement. L'exercice se pratique 2-3 fois par jour (matin, soir ou matin, midi, soir). On dit que la minuit et le midi sont les meilleurs moments de l'exercice, car le sang se forme à minuit et l'énergie se produit à midi.

4. Remarques

(1) Au cours de l'entraînement, la percussion s'intensifie petit à petit. Il faut éviter une force tantôt petite, tantôt grande. La percussion irrégulière causera la lésion de l'énergie. Par ex. la douleur aux flancs provoquée par la percussion s'appelle inhibition énergétique, c'est une sorte de lésion de l'énergie.

(2) Persister dans l'entraînement tous les jours sans interruption. Si on s'exerce d'une façon intermittente, cela nuit à l'efficacité.

(3) La salle d'entraînement doit être calme et le praticien toujours en concentration. Ne pas faire des idées, ni produire des pensées confuses. Accorder de l'attention aux gestes du maître et aux régions percutées. Si le praticien ne peut pas concentrer les pensées, il y aura la syncope ou d'autres accidents.

(4) Il faut éviter ou diminuer les rapports sexuels dans la période d'entraînement. Après le coït ou en cas de spermatorrhée, on doit le dire au maître ce jour même avant l'exercice afin qu'il fasse une percussion légère surtout à la région abdominale. Il est déconseillé aux femmes enceintes ou en phase menstruelle de s'entraîner.

(5) Durant l'exercice, le maître doit toujours prêter attention au faciès du praticien. Si celui-ci présente visage jaunâtre, respiration lourde ou courte et agitation de l'esprit, il faut le percuter légèrement.

(6) Après l'entraînement, il apparaît souvent faim insatiable et beaucoup d'appétit à court terme. Quelquefois on prend 1-1,5 Kg de nourriture par jour. Donc, dans la période d'entraînement on ne doit pas manger des aliments moux et digestibles, mais des aliments un peu plus durs qui sont difficiles à digérer tels que riz, millet, etc., sauf les patients atteints de gastro-entéropathie. De plus, on éprouve encore l'amélioration et l'approfondissement du sommeil, le renforcement de la constitution physique et l'atténuation des manifestations morbides. Ce sont tous les phénomènes normaux de l'exercice.

5. Indications

(1) Il est considéré comme l'exercice de base des arts martiaux chinois.

(2) Il est applicable pour fortifier la constitution physique des patients débiles.

(3) Il est indiqué dans le traitement des maladies suivantes: gastrite chronique, ulcère, entérite chronique, neurasthénie, bronchite, règles irrégulières, engourdissement, impuissance, spermatorrhée, etc.

5. Effets thérapeutiques

L'exercice avec la ceinture d'entraînement consiste à faire la percussion avec les différents gestes associés à la respiration et à la polarisation de l'attention. Il peut non seulement mobiliser l'énergie interne, désobstruer les méridiens, mais aussi régulariser l'énergie et le sang, fortifier les tendons et les os. De même, au cours de l'entraînement, on retient son haleine après l'inspiration. Ce qui renforce encore les effets de l'exercice. D'ailleurs cet exercice met l'accent sur la percussion avec force au champ de cina-

bre. Cela peut rendre celui-ci plein d'énergie, promouvoir la fonction de l'énergie vitale et activer la vivacité de l'organisme. Par suite, les faibles deviendront forts, les malades se guériront et les vieillards seront robustes.

II. Technique manipulatoire de la pression sur des points

1. Technique manipulatoire fondamentale

Méthode de tapotement

[Geste] La méthode de tapotement comprend 3 geste: 1° Les articulations métacarpo-phalangiennes légèrement fléchies, l'index sur le dos du médius, appuyer le pouce contre la dernière phalange du médius, le petit doigt et l'annulaire en flexion (fig. 16-1). Ce geste est souvent utilisé pour le tapotement fort. 2° Le médius un peu en arrière se rapprochant de l'index, tous les deux légèrement fléchis. Le pouce appuyé contre la dernière phalange de l'index, l'annulaire et le petit doigt en flexion (fig. 16-2), le geste usuel pour le tapotement faible ou modéré. 3° Les 5 doigts légèrement fléchis et réunis, l'extrémité du pouce rapprochée de celle du petit doigt, en forme de fleur de prunier (fig. 16-3).

[Manipulation] La méthode de tapotement, technique fondamentale du traitement par pression sur des points est souvent appliquée aux points et aux lignes de stimulation pour traiter certaines maladies. Lors de la manipulation, il faut que le médecin soit en concentration, régularise la respiration, mobilise l'énergie et la force du corps qui passent au travers du bras, de l'avant-bras et du poignet pour parvenir aux extrémités des doigts faisant un

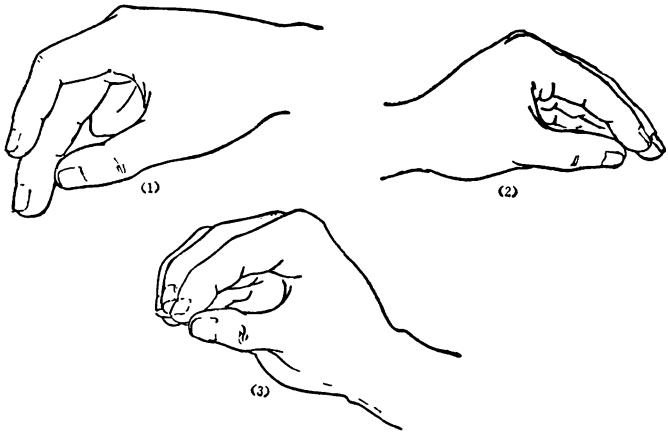


Fig. 16 Méthode de tapotement

angle de 60°-90° avec le revêtement cutané du patient. On tapote rapidement les points ou les lignes de stimulation avec l'extrémité digitale qui se relève aussitôt en profitant de la force élastique du poignet, de l'avant-bras et ainsi de suite. Le tapotement se pratique en général 2-3 fois/seconde ou plus vite encore 4-6 fois/seconde. A cause de la variation des forces et des fréquences, on divise le tapotement en 4 rythmes différents: 1 faible, 2 forts; 2 faibles, 2 forts; 3 faibles, 2 forts; 5 faibles, 2 forts. Dans chaque rythme, le tapotement faible se réalise rapidement avec une petite force, tandis que le tapotement fort s'exécute lentement avec une force plus grande. Pour bien pratiquer cette méthode, le médecin possède non seulement la force élastique du poignet, mais aussi la force résistante des doigts et du bras afin que la pensée, l'énergie et la force jouent le rôle en même temps. Il y a de la souplesse dans la vigueur et de la vigueur dans la souplesse. La force élastique

(souplesse) non accompagnée de force digitale (vigueur) ne pourra pas pénétrer dans la profondeur. Par contre, la force digitale non combinée avec la force élastique causera une lésion locale (tubercule) et provoquera une douleur au malade. Donc au cours du tapotement, on doit prêter attention à la force élastique du poignet, du coude, du bras et à la force du doigt, associer la vigueur à la souplesse dans le but d'éviter la douleur musculaire du patient sous une manipulation précise, habile et forte.

En clinique, comme la force du tapotement est variée, on distingue le tapotement faible, le tapotement modéré et le tapotement fort.

Le tapotement faible. Les articulations du coude et de l'épaule se combinent harmonieusement avec celle du poignet qui est le centre d'action (on emploie principalement la force du poignet). Cette petite force pleine d'élasticité et l'énergie abondante mais acceptable constituent un procédé de stimulation faible. Après l'enregistrement de l'appareil de mesure dynamique pour la technique manipulatoire du massage conçu et fabriqué par l'Institut de médecine traditionnelle chinoise du Shandong et l'Institut industriel du Shandong, il est prouvé que dans le rythme de 3 faibles, 2 forts (tapotement fait par *Jia Lihui*), l'intensité du tapotement faible est de 7 Kg, celle du tapotement fort 12,6 Kg et le cycle rythmique 1,54 seconde (fig. 17). Cette méthode douée d'une action tonifiante est souvent utilisée pour les enfants, les femmes, les vieillards, les débiles et dans le traitement des maladies de nature vide, par ex. paralysie infantile, agénésie de l'encéphale, etc.

Le tapotement modéré. Prendre l'articulation du coude comme centre d'action (utiliser surtout la force de l'avant-bras), fixer

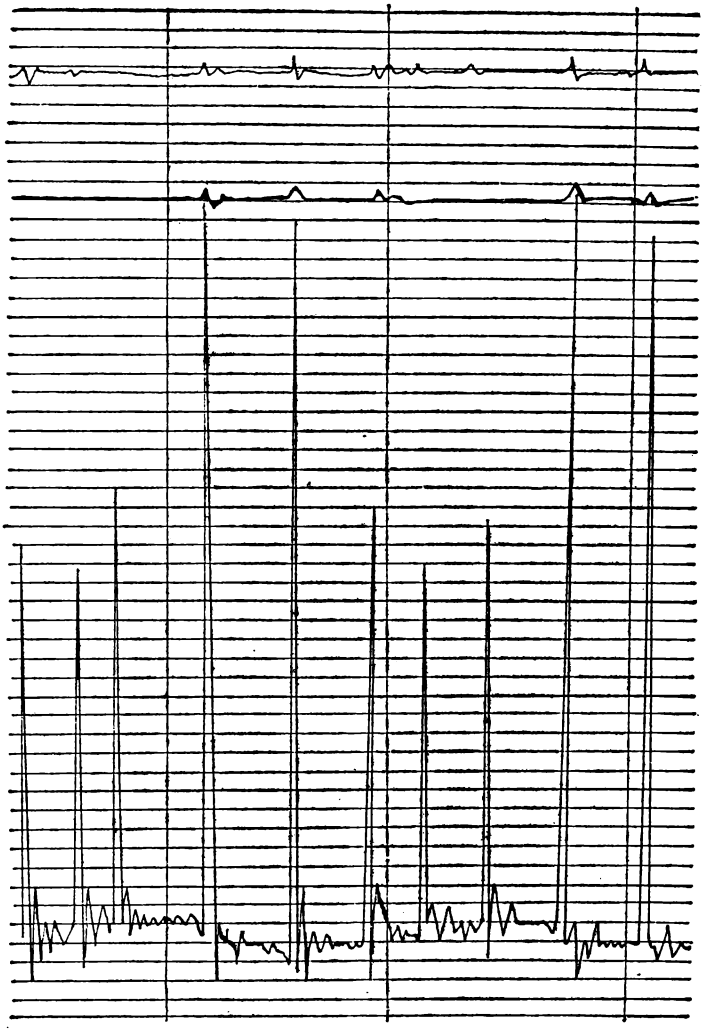


Fig. 17 Rythme de 3 faibles, 2 forts

ou fixer à moitié l'articulation du poignet, celle de l'épaule en combinaison harmonieuse. Une force modérée donne une stimulation moyenne. Elle peut régulariser l'énergie nutritive et défensive, désobstruer les méridiens et agir non seulement sur le syndrome de vide, mais encore sur le syndrome de plénitude. Lors de la manipulation, le patient ressent une grande induction et un réflexe assez fort du fait que l'effet pénètre dans la profondeur des muscles.

[Tapotement fort] L'articulation scapulo-humérale est considérée comme le centre d'action (employer la force du bras). On fixe l'articulation du poignet; celle du coude se combine harmonieusement avec elle. La force est très grande, d'où un procédé de stimulation forte. D'après la mesure, l'intensité du tapotement fort atteint 60 Kg. Elle convient aux patients jeunes et robustes ayant une constitution solide et à ceux qui présentent des manifestations cliniques du syndrome de plénitude.

[Procédé d'exercice] En vue de s'entraîner à la méthode de tapotement, il faut passer progressivement du tapotement faible au tapotement modéré et enfin au tapotement fort. On entraîne respectivement la force élastique de l'articulation du poignet, celle du coude et celle de l'épaule pour 3 genres de tapotement. Parallèlement à l'entraînement de la force élastique, on attache de l'importance à la fréquence du tapotement, aux différents rythmes et à la localisation précise de la région. Durant l'exercice, on prépare un sac de sable ayant les dimensions d'une tasse. Sur lequel on trace plusieurs cercles de grandeur de l'extrémité des doigts qui facilite le tapotement. En cas de tapotement rapide, il faut accorder de l'attention à l'emplacement unique du point tapoté. Au commencement de l'exercice, il n'est pas nécessaire d'utiliser une force trop grande. On s'entraîne surtout aux mouvements fondamentaux

de diverses méthodes de tapotement. Etant devenu habile, on augmente progressivement la force et applique le tapotement sur soi-même aux points des régions musculeuses ou au trajet des lignes de stimulation. La manipulation forte est souhaitable pour les points. Il est interdit de faire le tapotement sur la table, la chaise, ou d'autres choses dures afin d'éviter la lésion du doigt.

Au début de l'entraînement, les articulations du médius sont souvent gonflées et douloureuses. On peut pétrir, assouplir et étendre les doigts au cours de l'exercice pour atténuer la fatigue, le gonflement et la douleur ou bien on prépare la décoction avec les plantes médicinales (lycopodium clavatum 60g, speranskia tuberculata 60g, notopterygium incisum 60g, angelica pubescens 60g, citrus tangerina 60g, clematis chinensis 60g, illicium verum 60g, akebia trifoliata 15g, carthamus tinctorius 15g, lindera strychnifolia 15g, aconitum sungpanense 6g) pour fumer et se laver les mains.

Méthode de pression

[Geste] Le pouce en extension, les autres doigts s'étendent ou s'appuient à côté de la région à presser (fig. 18-1) ou les 4 doigts en flexion, la 2^{e} articulation du pouce se rapproche du bord radial de l'index (fig. 18-2).

[Manipulation] Cette méthode est une technique la plus usuelle du traitement par pression sur des points. Elle se pratique aux certains points et lignes de stimulation pour traiter des maladies. Lors de la manipulation, le pouce formant un angle de 45-90° avec la surface cutanée presse énergiquement la région dans toutes les directions. Au cours de la pression, si l'extrémité du pouce remue en haut, en bas, à gauche et à droite, c'est ce qu'on appelle

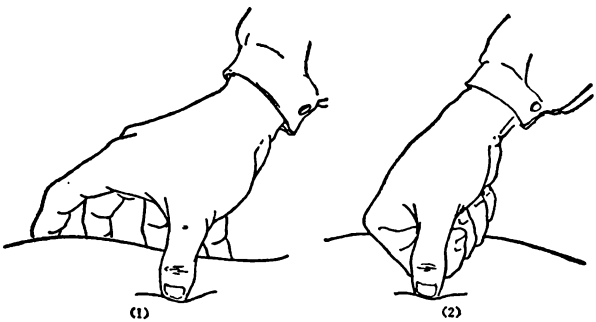


Fig. 18 Méthode de pression

la méthode de "pression et remuement"; si l'extrémité du pouce tourne, ce sera la méthode de "pression et tordage". N'importe quelle méthode, l'extrémité du pouce ne doit pas se glisser ou se déplacer sur la peau de la région pressée afin d'éviter la lésion cutanée et la douleur dispensable du patient. Comme la méthode de pression exige une très grande force, elle constitue un procédé de stimulation forte. Ayant des effets calmant, vivifiant, analgésique et anti-spasmodique, elle est applicable au syndrome de plénitude.

[Procédé d'exercice] Pour s'entraîner à la méthode de pression, on augmente graduellement la force qui arrive jusqu'au bout du doigt. Mais celui-ci ne doit pas se glisser sur la peau pour éviter la lésion cutanée.

Méthode de pincement

[Geste] Cette méthode consiste à presser fort le point choisi avec l'ongle du pouce ou de l'index.

[Manipulation] Elle convient seulement à la racine unguéale des doigts, des orteils et aux articulations interphalangiennes. Durant la manipulation, on tient d'une main la région à pincer, l'articulation du poignet ou celle du cou-de-pied du malade, ce qui peut empêcher la rétraction et le déplacement des membres et connaître la réaction du patient; l'autre main pince le doigt ou l'orteil du malade et presse énergiquement le point avec l'ongle du pouce ou de l'index (fig. 19). L'intensité et le rythme de la pression par le doigt varient selon le vide ou la plénitude da la maladie. Comme les 3 méridiens Yin et les 3 méridiens Yang de la main et du pied partent ou atteignent respectivement des doigts et des orteils et on dit que les 10 doigts se relient au cœur, la méthode de pincement donne des effets thérapeutiques remarquables en clinique. Elle est indiquée dans le traitement des paralysies, des affections de l'encéphale, de l'ataxie, de la céphalée, du rhume, de la fièvre exogène, etc.

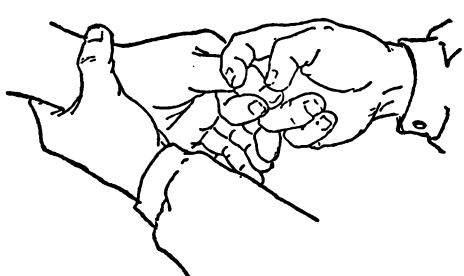


Fig. 19 Méthode de pincement

[Procédé d'exercice] D'une part, on s'entraîne à la méthode de pincement à rythme régulier, en cas rapide 2-3 fois/seconde ou plus lentement 1-2 fois/seconde; d'autre part on s'exerce au pin-

cement continu qui s'intensifie de plus en plus. Quel que soit le genre de pincement, il faut toujours éviter la lésion cutanée.

Méthode de tapement

[Geste] L'index, le médius, l'annulaire et le petit dogit légèrement fléchis se rapprochent l'un de l'autre, le pouce s'appuie contre la 2e articulation de l'index, la paume de la main présentant un creux. Lors du tapement, le pulpe des doigts et les éminences thénar et hypothénar touchent la peau de la région à taper (fig. 20).

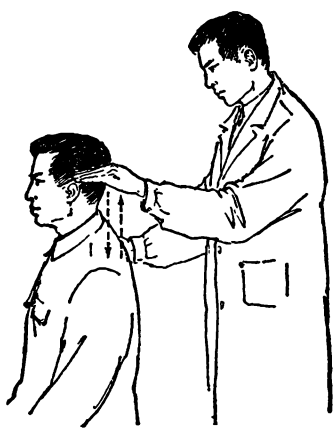


Fig. 20 Méthode de tapement

[Manipulation] La méthode de tapement, procédé de stimulation modérée caractérisée par la vibration, est souvent utilisée pour la plupart des régions. Au cours de la manipulation, prendre l'articulation du coude comme centre d'action, fixer ou mouvoir

un peu l'articulaton du poignet, et celle de l'épaule en combinaison harmonieuse. Le bras qui entraîne l'articulation du coude, fait monter et descendre la paume réalisant ainsi le tapement. Quand on tape la poitrine ou le ventre, il faut que le patient pratique la respiration thoracique ou abdominale et le tapement s'éxécute après la respiration profonde. Au commencement on tape 5-10 fois, le tapement augmente et se renforce progressivement au fur et à mesure de la convalescence du malade. Cette méthode peut faire circuler l'énergie, vivifier le sang, désobstruer les méridiens, fortifier la rate, l'estomac et tonifier les reins. Elle est convenable au syndrome de vide ou de plénitude, au soulagement de la syncope causée par une technique manipulatoire trop forte, au renforcement de la constitution physique et au rétablissement de la santé.

[Procéde d'exercice] La force du tapement correspond à celle du tapotement modéré. On doit faire attention que l'amplitude d'activité de l'articulation du poignet ne soit pas trop grande pour éviter une force irrégulière de la paume en touchant le revêtement cutané.

Méthode de percussion

[Geste] Elle se divise en 2 genres: percussion par le pulpe des doigts et percussion par le bout des doigts. Pour la première, on touche la peau avec le pulpe des doigts prenant le même geste que la méthode de tapotement; quant à la deuxième, on rapproche les doigts légèrement en flexion, l'extrémité du pouce s'appuie contre le bord radial de l'index (fig. 21).

[Manipulation] La méthode de percussion, douée des mêmes effets que celle de tapotement, donne une plus grande surface de

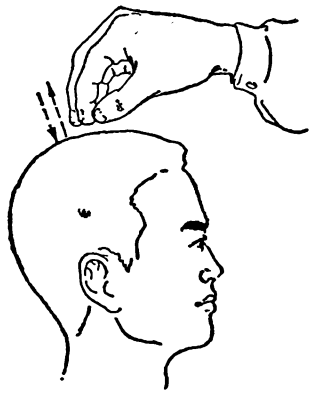


Fig. 21 Méthode de percussion par le bout des doigts

stimulation et s'applique aux nombreuses régions. La manipulation ressemble à celle du tapotement. La percussion par le pulpe des doigts exigeant une force vers l'avant et le bas sert à produire une stimulation faible, mais la percussion par le bout des doigts est souvent considérée comme une technique manipulatoire forte.

[Procédé d'exercice] Voir la méthode de tapotement.

2. Technique manipulatoire associée

Méthode de compression

Ladite méthode consiste à rapprocher les doigts et à presser la ligne ou la région indiquée avec le bout des doigts qui remue légèrement en haut, en bas, à gauche et à droite durant la compression. En général, les mains font la compression en même temps (fig. 22). C'est une technique manipulatoire associée à la méthode de pression et à celle de "pression et remuement".

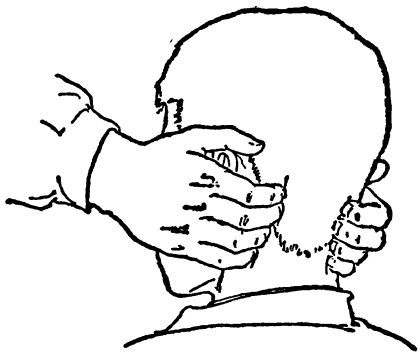


Fig. 22 Méthode de compression

Méthode de pétrissage

L'opérateur pétrit et tire avec le pouce et l'index l'articulation interphalangienne du patient (fig. 23). Cette méthode se pratique au début du traitement pour guérir l'enflure et la douleur de l'articulation et la raideur des doigts ou des orteils.

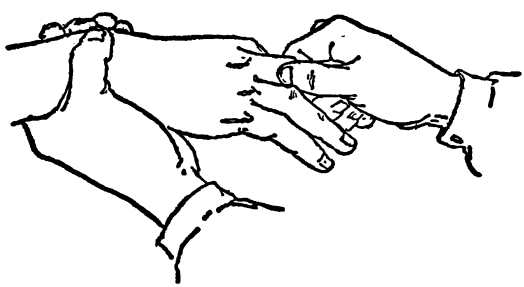


Fig. 23 Méthode de pétrissage

Méthode de saisissement

L'opérateur saisit le tissu local (partie musculeuse ou région parcourue par les nerfs) du malade avec le pouce et les autres

doigts, puis on le lâche rapidement (fig. 24). Quand la méthode de saisissement se pratique au ventre, on presse avec l'extrémité des 2 pouces le bord externe d'un muscle grand droit de l'abdomen du patient qui exécute la respiration abdominale. Lors de l'expiration, on presse doucement du pouce le muscle précité de même que les bouts des autres doigts des mains pressent le bord externe du muscle opposé. L'expiration terminée, l'opérateur saisit fort le muscle avec le pouce et les 4 doigts des 2 mains, le soulève et le lâche aussitôt. Le saisissement se répète 2-3 fois de haut en bas, la sensation de gonflement, d'engourdissement et de chaleur au bas-ventre est souhaitable. Cette méthode peut désobstruer les méridiens, faire circuler l'énergie et vivifier le sang.

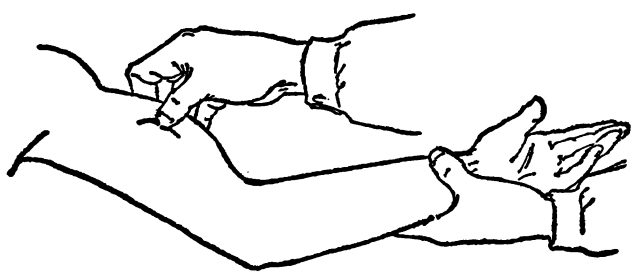


Fig. 24 Méthode de saisissement

Méthode de martèlement

C'est un procédé thérapeutique complémentaire des infirmiers. Au cours du martèlement, l'opérateur fléchit les doigts formant un poing creux, la face externe de l'éminence hypothénar touche le revêtement cutané et la force correspond à celle du tapotement (fig. 25). La méthode de martèlement provoque une grande surface de stimulation. Son effet peut aussi pénétrer dans la pro-

fondeur des muscles. Après le martèlement, on ressent l'endolorissement et le gonflement locaux. Cette méthode donne des résultats satisfaisants aux malades atteints d'atrophie musculaire.

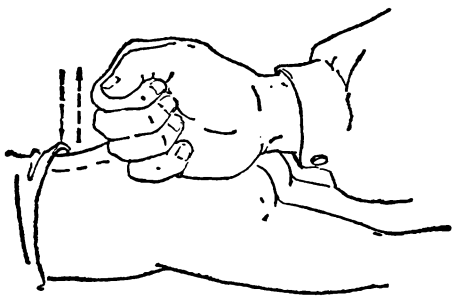


Fig. 25 Méthode de martèlement

Méthode de correction de la déformation

1. Correction du genou

Le patient en décubitus dorsal, les mains du médecin se superposent et lui presse le genou (fig. 26). Ladite méthode est indiquée dans le traitement de la contracture du genou causée par la paralysie infantile, la paralysie cérébrale, la paraplégie, etc.

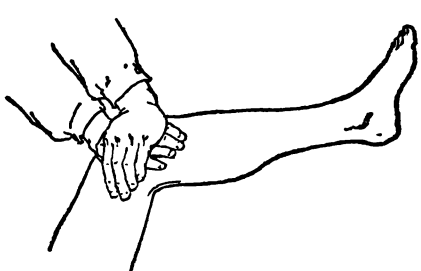


Fig. 26 Correction du genou

2. Correction du pied

On distingue: correction du pied par la pression sur le genou, correction du pied par la poussée au pied et la pression sur le genou, correction du pied par la pression sur le pied.

Correction du pied par la pression sur le gonou: Le patient prend le décubitus dorsal, la jambe malade en flexion, le médecin tient d'une main la partie supérieure de l'articulation du cou-de-pied, l'autre main presse le bord supérieur du genou, la poitrine du móme côté s'appuie contre le genou du membre atteint (fig. 27).

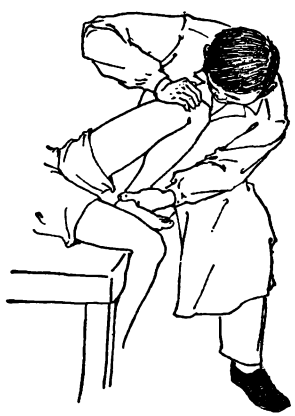


Fig. 27 Correction du pied par la pression sur le genou

Correction du pied par la poussée au pied et la pression sur le genou: Le malade en décubitus dorsal, on tient d'une main la plante du pied et la pousse avec force vers l'avant, l'autre main presse le genou (fig. 28).

Les 2 manipulations susmentionnées servent à corriger la

ptose du pied et le pied varus occasionnés par les séquelles de la paralysie infantile, la paralysie cérébrale, la paraplégie et le pied équin congénital.

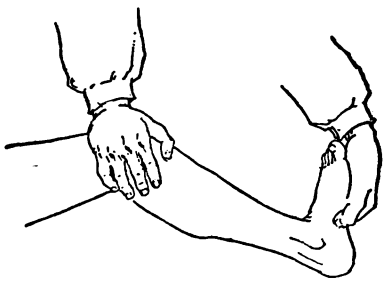


Fig. 28 Correction du pied par la poussée au pied et la pression sur le genou

Correction du pied par la pression sur le pied: Le patient prend le décubitus ventral, le membre inférieur en flexion formant un angle de 90°; le médecin tient d'une main la partie antérieure de la plante du pied, la poitrine du même côté s'appuie sur l'avant-bras, il soutient de l'autre main la partie inférieure de la jambe et la presse vers le bas (fig. 29).

3. Méthode de pression sur le dos du pied

Le malade en position assise ou en décubitus dorsal, pose la plante du pied sur le sol ou le lit. On met une main au-dessous de la partie antérieure de la plante du patient et presse rapidement et avec force sur le milieu du dos du pied à l'aide d'autre main (fig. 30). Parfois, on entend du bruit "Pa Pa". C'est préférable. Elle convient au pied déformé, au pied arqué et au pied varus.

4. Méthode de pression sur les fesses

Le malade en décubitus ventral, le médecin saisit avec une

Fig. 29 Correction du pied par la pression sur le pied

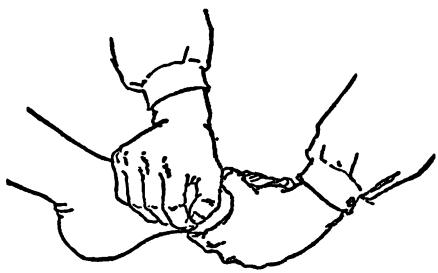


Fig. 30 Méthode de pression sur le dos du pied

main les jambes du patient pour les fixer, l'autre main se trouve entre les fesses et les presse vers le bas (fig. 31-1). Ou bien une autre personne aide le médecin à fixer les jambes du malade et le médecin presse des 2 mains les fesses du patient (fig. 31-2). Cette méthode est applicable à la contracture de l'articulation coxofémorale causée par la paralysie infantile et la paralysie cérébrale.

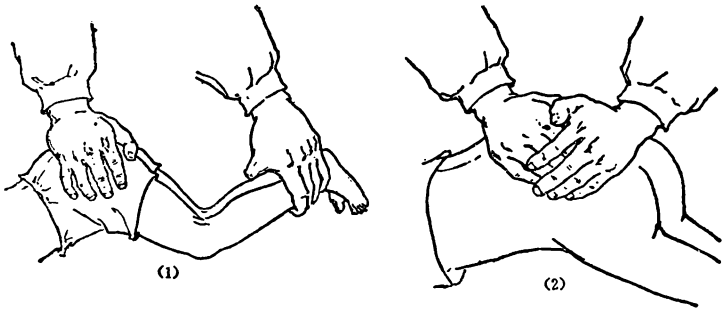


Fig. 31 Méthode de pression sur les fesses

5. Méthode de séparation de la hanche

Le patient en décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis en abduction, on pose respectivement les mains sur la face interne des 2 genoux et les presse vers le haut et en dehors (fig. 32). Elle est indiquée dans le traitement de la contracture d'adduction de l'articulation coxofémorale qui survient à la suite de la paralysie

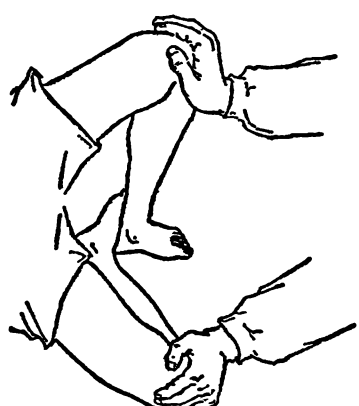


Fig. 32 Méthode de séparation de la hanche

cérébrale et des séquelles de la paralysie infantile.

On utilise souvent des instruments plastiques en association avec la correction de la déformation: le pansement de correction par la bande de caoutchouc (fig. 33-1) sert à corriger l'extension excessive du genou provoquée par les séquelles de la paralysie infantile, et le réseau de correction en fils de fer (fig. 33-2) agit sur le pied varus et la ptose du pied.

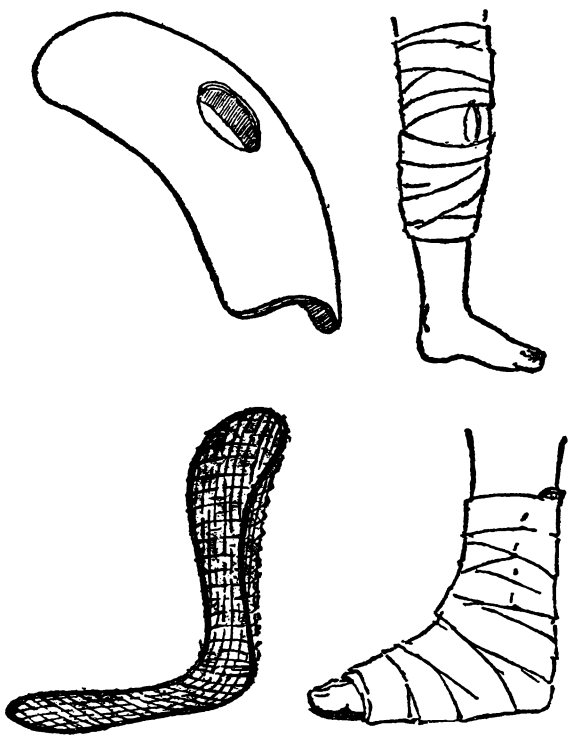


Fig. 33 Instruments plastiques
(1) Pansement de correction par la bande de caoutchouc
(2) Réseau de correction en fils de fer

III. Les points et les lignes de stimulation usuels

Les points usuels de traitement par pression sur des points sont nombreux. Parmi ces points, certains ne sont que des points usuels d'acupuncture, d'autres sont des points spéciaux. Il existe encore des lignes de stimulation spécifiques utilisées comme zones d'excitation dans ledit traitement. La localisation des points se fait au moyen de la mensuration traditionnelle (voir "Traitement par acupuncture-moxa", nouvelle 1re édition publiée par les Editions scientifique et technique du Shandong en 1982).

1. Points usuels
Tête et cou (en tout 34 points)

Neizishang

[Localisation] Un peu au-dessous de l'extrémité interne du sourcil, à l'angle supéro-interne de l'orbite (fig. 34).

[Const. anat.] L'artère frontale et le nerf frontal de la 1re branche du nerf trijumeau se distribuent à la partie interne du rebord sus-orbitaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé à 5 fen au-dessus de l'angle interne de l'œil, sur le bord du frontal. L'opérateur soutient

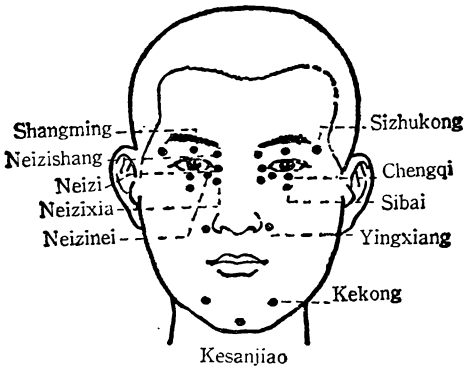


Fig. 34 Points de la face

l'occiput du malade par une main et presse sur le bord du frontal avec la pointe du pouce de l'autre main dont le côté radial de la face palmaire du pouce s'approche du dos du nez.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, distension céphalique.

[Indications] Affections de l'encéphale et leurs séquelles, cécité, myopie, strabisme, ptosis, paralysie faciale, rhume, insomnie.

Neizi

[Localisation] A l'angle interne de l'œil (fig. 34).

[Const. anat.] Présence de l'artère angulaire, branche terminale de l'artère faciale, du nerf sus-trochléaire de la 1re branche du nerf trijumeau à l'angle interne de l'œil, juste devant le ligament palpébral interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé à l'angle interne de l'œil

en fermant les yeux. L'opérateur soutient l'occiput du malade par une main et presse sur le dos du nez avec la pointe du pouce de l'autre main dont le côté radial de la face palmaire du pouce s'approche du dos du nez (fig. 35). On peut aussi recourir à la méthode de tapotement faible.

[Réactions] Douleur et distension locales, larmoiement.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, cécité, myopie, strabisme, ptosis, paralysie faciale, rhume, insomnie.

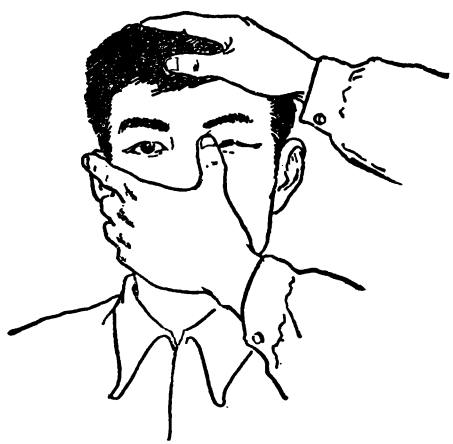


Fig. 35 Pression sur Neizi

Neizixia

[Localisation] A 5 fen au-dessous de Neizi, au bord inférieur de la zone de transition entre l'os propre du nez et l'orbite (voir fig. 34).

[Const. anat.] Aux deux côtés de la racine du nez, existent au plan profond l'orbiculaire de l'œil et les rameaux nasaux du nerf sous-orbitaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal avec les yeux fermés, le point est situé à 5 fen au-dessous de l'angle interne de l'œil. L'opérateur soutient l'occiput du malade par une main et presse sur le dos du nez avec la pointe du pouce de l'autre main dont le côté radial de la face palmaire du pouce s'approche du dos du nez. On peut aussi appliquer la méthode de tapotement faible.

[Réactions] Endolorissement et distension du nez, larmoiement.

[Indications] Cécité, myopie, strabisme, ptosis, paralysie faciale, rhume, insomnie, séquelles de l'encéphalite.

Chengqi

[Localisation] A 7 fen au-dessous de l'œil, juste sous la pupille (voir fig. 34).

[Const. anat.] A la jonction du rebord sous-orbitaire de la paupière inférieure, existent l'orbiculaire de l'œil, l'artère sous-orbitaire et le nerf sous-orbitaire, 2^{e} branche du nerf trijumeau.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal avec les yeux fermés, le point est situé au milieu du rebord sous-orbitaire. L'opérateur soutient l'occiput du malade par une main et presse sur le rebord sous-orbitaire avec la pointe du pouce de l'autre main dont la face palmaire du pouce s'approche du rebord sous-orbitaire, en même temps le malade ferme les yeux avec force.

[Réactions] Larmoiement, sensations de distension et de protrusion de l'œil.

[Indications] Paralysie faciale, myopie, cécité.

Neizinei

[Localisation] A 5 fen en dehors de Neizi en suivant le rebord sous-orbitaire (voir fig. 34).

[Const. anat.] A la jonction du rebord sous-orbitaire et de la paupière inférieure, existent l'orbiculaire de l'œil, des branches des a. et n. sous-orbitaires.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal avec les yeux fermés, le point est situé en dehors de Neizi, sur le rebord sous-orbitaire. L'opérateur soutient l'occiput du malade par une main et presse sur le rebord sous-orbitaire avec la pointe du pouce de l'autre main dont la face palmaire du pouce s'approche du rebord sous-orbitaire, en même temps le malade ferme les yeux avec force.

[Réactions] Larmoiement, sensations de distension et de protrusion de l'œil.

[Indications] Paralysie faciale, myopie, cécité.

Sizhukong

[Localisation] Dans la dépression située sur l'extrémité externe du sourcil (voir fig. 34).

[Const. anat.] Au bord externe de l'apophyse zygomatique du frontal, l'orbiculaire de l'œil se trouve sous la peau. Présence de l'artère temporale superficielle et des rameaux de la 1re branche du nerf trijumeau.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, l'opérateur soutient l'occiput du malade par une main et presse sur le point avec la pointe du pouce de l'autre main. On peut appliquer aussi la méthode de tapotement faible.

[Réactions] Sensations de distension et de protrusion locales et oculaires.

[Indications] Cécité, myopie, migraine.

Shangming

[Localisation] Au milieu de l'arcade sourcilière et au-dessous du rebord sus-orbitaire (voir fig. 34).

[Const. anat.] De la superficie au profond existent la peau, le tissu sous-cutané, l'orbiculaire de l'œil auxquels se distribuent les vaisseaux et le nerf sus-orbitaires ainsi que le nerf facial.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, l'opérateur soutient l'occiput du malade par une main et presse perpendiculairement sur le rebord sus-orbitaire avec la pointe du pouce de l'autre main. Le malade ferme les yeux au moment de la pression.

[Réactions] Larmoiement, sensations de distension et de protrusion oculaires.

[Indications] Cécité, myopie, ptosis, paralysie faciale.

Sibai

[Localisation] Juste au-dessous de la pupille, dans la dépression de l'orifice sous-orbitaire (voir fig. 34).

[Const. anat.] A la zone de l'orifice sous-orbitaire de la face antérieure du maxillaire supérieur, juste au bord inférieur de l'orbiculaire de l'œil existent des vaisseaux et nerf sous-orbitaires.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé à la dépression de l'orifice sous-orbitaire. Presser vers l'os propre du nez avec la face

palmaire du pouce. On peut aussi appliquer la méthode de tapotement faible.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, larmoiement.

[Indications] Paralysie faciale, myopie.

Yingxiang

[Localisation] En dehors du milieu du bord externe de l'aile du nez, sur le sillon naso-labial (voir fig. 34).

[Const. ạnat.] L'élévateur de la lèvre supérieure est juste sous le bord externe de l'aile du nez. Présence des a. ẹt n. sous-orbitaires (nerf cutané), du nerf facial (nerf musculaire) et de l'artêre faciale au plan profond.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé dans le sillon nasolabial, à côté de l'aile du nez. Presser vers l'os propre du nez avec le bord radial de la pointe du pouce ou recourir à la méthode de tapotement faible.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux.

[Indications] Paralysie faciale, rhume, obstruction nasale

Suliao

[Localisation] Au centre de la pointe du nez (fig. 36).

[Const. anat.] L'artère dorsale du nez et le nerf infratrochléaire se ramifient dans les deux côtés de la pointe du nez.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est au centre de la pointe du nez, presser vers le haut avec la face palmaire du pouce.

[Réactions] Endolorissement et distension du nez, larmoiement.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, syncope, insolation.

Bige

[Localisation] A l'extrémité supérieure de la gouttière labiale, au milieu et des deux côtés de la racine du septum nasal (fig. 36).

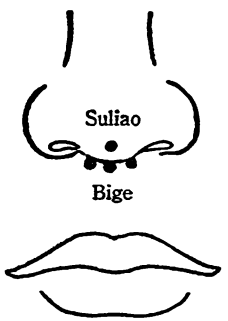


Fig. 36 Points du nez

[Const. anat.] A l'extrémité inférieure du septum nasal et à ses deux côtés existent le cartilage nasal et le bord supérieur de l'orbiculaire des lèvres auxquels se distribuent l'artère labiale supérieure, la 2e branche du nerf trijumeau et la branche buccale du nerf facial.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, l'opérateur prend le point au milieu ou à gauche ou à droite de la racine du septum nasal et presse avec le bord cubital de la pointe du pouce (fig. 37).

[Réactions] Distension céphalique, larmoiement, engourdissement des dents supérieures.

[Indications] Séquelles d'encéphalite, syncope, insolation, dentalgie.

Fig. 37 Pression sur Bige

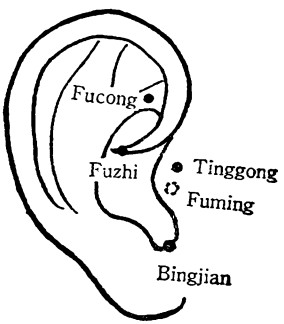


Fig. 38 Points de l'auricule

Tinggong

[Localisation] Dans la dépression située en avant du tragus (fig. 38).

[Const. anat.] En avant du tragus et en arrière du condyle du maxillaire inférieur se ramifient la branche auriculaire antérieure de l'artère temporale superficielle et le nerf auriculo-temporal. Au plan profond existe l'artère temporale superficielle.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus latéral, le point est situé à la dépression entre le tragus et l'articulation temporo-maxillaire, lors de l'ouverture

de la bouche, presser vers l'articulation temporo-maxillaire. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Oppression et distension à l'intérieur de l'oreille.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, surdité, cécité.

Kekong

[Localisation] Dans la dépression située au trou mentonnier, juste au-dessous de la commissure des lèvres (voir fig. 34).

[Const. anat.] Présence du triangulaire des lèvres, des a. et n. mentonniers à côté de l'éminence mentonnière.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé au trou mentonnier. Presser en poussant vers le haut avec la pointe du pouce. La méthode du tapotement faible est aussi applicable.

[Réactions] Engourdissement de la bouche, distension douloureuse des dents inférieures, sialorrhée, endolorissement et distension de l'orbite et de l'oreille.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, cécité, paralysie faciale, douleur des dents inférieures, sialorrhée.

Kesanjiao

[Localisation] A l'extrémité inférieure de la gouttière labio-mentonnière et au bord supérieur de l'éminence mentonnière (voir fig. 34).

[Const. anat.] A la partie supérieure de l'éminence mentonnière et aux muscles de la houppe du menton se distribuent les a. et n. mentonniers.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise

ou en décubitus dorsal, le point est situé au bord supérieur de l'éminence mentonnière. Presser en poussant vers le haut avec la pointe du pouce. La méthode de tapotement faible est aussi applicable.

[Réactions] Engourdissement des dents inférieures.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, vomissement, nausée, syncope.

Kedi

[Localisation] Dans la dépression du bord inférieur du milieu de l'éminence mentonnière (fig. 39).

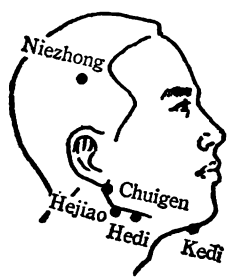


Fig. 39 Points de la mâchoire inférieure et de la région temporale

[Const. anat.] Dans la dépression du bord inférieur du milieu de l'éminence mentonnière entre les deux ventres antérieurs du digastrique, c'est le nerf tranverse du cou qui assure l'innervation cutanée.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé à 1 cun au-dessus de la pomme d'Adam, dans la dépression du bord inférieur du milieu

de l'éminence mentonnière. Presser vers la racine de la langue avec la pointe du pouce ou du médius (fig. 40).

[Réactions] Engourdissement de la racine de la langue, protrusion impossible de la langue, sialorrhée.

[Indication] Protrusion de la langue, sialorrhée.

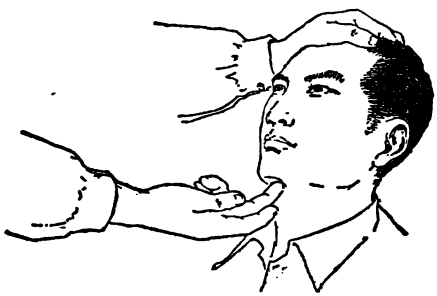


Fig. 40 Pression sur Kedi

Hejiao

[Localisation] Au bord inférieur de l'angle mandibulaire (voir fig. 39).

[Const. anat.] Présence de la branche de la veine jugulaire externe à la base de l'angle mandibulaire et au bord postérieur du ventre postérieur du digastrique, l'innervation cutanée est assurée par le nerf tranverse du cou.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus latéral, le point est à la dépression située au bord antéro-inférieur de l'angle mandibulaire. Presser vers le haut et en dedans avec force.

[Réactions] Engourdissement de la région parotidienne, sialorrhée, sensation de distension à la tête et à l'œil.

[Indications] Céphalée, dentalgie, séquelles de l'encéphalite.

Hedi

[Localisation] A 1 cun au-dessous et en avant de l'angle mandibulaire (voir fig. 39).

[Const. anat.] En arrière du stylo-glosse existe la branche de la veine jugulaire externe. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané transverse du cou.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé au bord interne à 1 cun en avant et au-dessous de l'angle mandibulaire. Presser avec force vers le maxillaire inférieur.

[Réactions] Engourdissement du maxillaire inférieur, vertige et distension céphalique.

[Indications] Sialorrhée, parole floue, dentalgie.

Niezhong

[Localisation] Au centre du muscle temporal (voir fig. 39).

[Const. anat.] Présence de la branche pariétale de l'artère temporale superficielle à la partie antérieure et médiane du muscle temporal. L'innervation cutanée est assurée par le nerf auriculo-temporal de la 3^{e} branche du nerf trijumeau.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé à la partie la plus visible en contractant le temporal lors de la mastication. On applique ordinairement la méthode de pression.

[Réactions] Etourdissement, distension céphalique, nausée.
[Indications] Céphalée, vertige.

Kehou

[Localisation] En arrière de l'auricule, dans la dépression située en avant et au-dessus de l'apophyse mastoïde (fig. 41).

[Const. anat.] A la région du muscle auriculaire postérieur, un peu en avant de la racine de l'apophyse mastoïde de l'os temporal existe l'artère auriculaire postérieure. L'innervation cutanée est assurée par le nerf grand auriculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus latéral, le point est à la dépression située en avant de l'apophyse mastoïde derrière l'auricule. Presser vers la jonction de l'auricule et de l'apophyse mastoïde avec la pointe du pouce.

[Réactions] Distension de l'oreille et de la tête.

[Indications] Céphalée, dentalgie, hypertension artérielle, séquelles de l'encéphalite.

Rutu

[Localisation] Au bord postérieur de l'insertion terminale du sterno-cléido-mastoïdien (fig. 41).

[Const. anat.] Au bord inférieur de l'apophyse mastoïde et en arrière de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien existe l'artère auriculaire postérieure. Le nerf grand auriculaire se ramifie dans la peau.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, le point est à la dépression située derrière l'apophyse mastoïde. Presser avec force vers l'apophyse mas-

toïde. Quand on applique la méthode de tapotement, le cou doit se tourner vers le côté opposé (fig. 42).

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et de lourdeur à la tête. La sensation d'engourdissement peut se propager jusqu'à la plante du pied après l'application de la méthode de pression.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, neurasthénie, céphalée, vomissement, paralysie du membre inférieur.

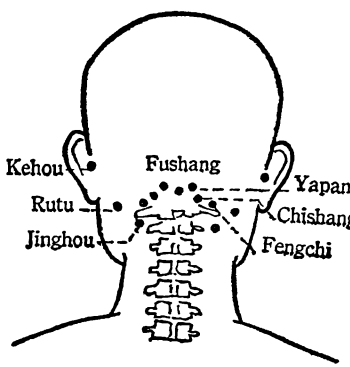


Fig. 41 Points de la nuque et de la région auriculaire postérieure

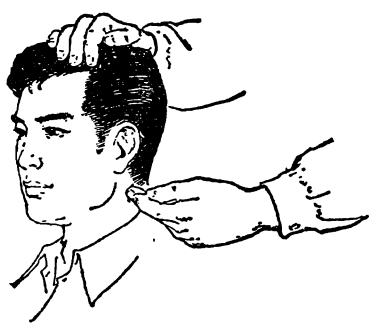


Fig. 42 Pression sur Rutu

Yifeng

[Localisation] Dans la dépression située derrière le lobule de l'oreille (fig. 43).

[Const. anat.] Dans l'intervalle de l'apophyse mastoïde et de la branche du maxillaire inférieur se ramifient l'artère auricu-

laire postérieure et le nerf grand auriculaire du plexus cervical. Présence de la branche auriculaire postérieure du nerf facial qui innerve le muscle auriculaire postérieur.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus latéral, le point se trouve à la dépression entre le lobule de l'oreille et l'apophyse mastoïde. L'opérateur soutient l'occiput du malade par une main et presse perpendiculairement à la peau avec la pointe du pouce de l'autre main. La méthode de tapotement faible est aussi applicable.

[Réactions] Distension douloureuse à l'intérieur de l'oreille. Sensations de chaleur et de distension à la tête lors de l'excitation forte.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, surdité, cécité, paraplégie traumatique.

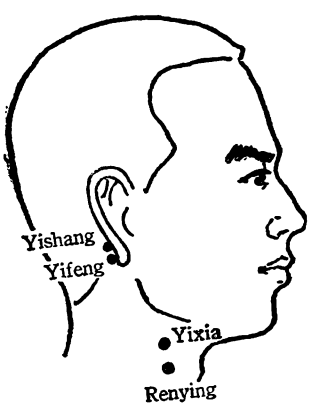


Fig. 43 Points du cou

Yishang

[Localisation] A 5 fen au-dessus du Yifeng (fig. 43) .

[Const. anat.] En avant et au-dessus de l'apophyse mastoïde se ramifient l'artère auriculaire postérieure et le nerf grand auriculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point se trouve à la jonction de l'auricule et du dessus de la dépression en arrière du lobule de l'oreille. Presser avec force vers le haut et en dedans à l'aide de la pointe du pouce (fig. 44).

[Réactions] Distension de la tête, distension douloureuse de l'oreille, sensations de la chaleur et de la distension oculaires.

[Indications] Cécité, séquelles de l'encéphalite, surdité, paraplégie traumatique.

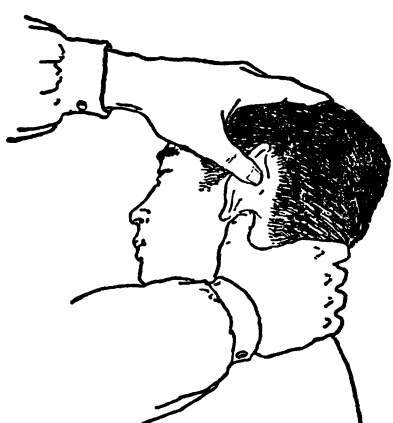


Fig. 44 Pression sur Yishang

Fucong

[Localisation] A la racine inférieure de l'anthélix (voir fig. 38).

[Const. anat.] Présence de la branche auriculaire antérieure de l'artère temporale superficielle et des rameaux du nerf auriculo-temporal.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, l'opérateur prend le point à l'endroit où disparaît la racine inférieure de l'anthélix et applique ordinairement la méthode de pression.

[Réactions] Distension à l'intérieur de l'oreille, distension céphalique.

[Indications] Surdité, développement imparfaite de l'encéphale, séquelles de l'encéphalite.

Fuzhi

[Localisation] A la terminaison de la racine de l'hélix (voir fig. 38).

[Const. anat.] Présence de la branche auriculaire antérieure de l'artère temporale superficielle et des rameaux du nerf auriculo-temporal.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à la terminaison de la racine de l'hélix et appliquer la méthode de pression.

[Réactions] Distension à l'intérieur de l'oreille, distension céphalique.

[Indications] Surdité, développement imparfait de l'encéphale, séquelles de l'encéphalite.

Fuming

[Localisation] A la face interne du tragus (voir fig. 58).

[Const. anat.] Présence de la branche auriculaire antérieure de l'artère temporale superficielle et du nerf auriculo-temporal en avant du tragus et en arrière de l'articulation temporo-maxillaire. Au plan profond existe l'artère temporale superficielle.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à la dépression centrale de la face interne du tragus et presser vers l'articulation temporo-maxillaire avec la pointe du pouce.

[Réactions] Distension douloureuse locale, distension et chaleur oculaires, vertige.

[Indications] Surdité, cécité, développement imparfait de l'encéphale, paralysie façiale, ptosis.

Bingjian

[Localisation] A l'échancrure intertragienne (voir fig. 38).

[Const. anat.] Présence de la branche auriculaire antérieure de l'artère temporale superficielle et du nerf auriculo-temporal à la dépression située entre le tragus et l'antitragus.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé à l'échancrure intertragienne. Presser vers l'articulation temporo-maxillaire avec la pointe du pouce. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Endolorissement local, distension céphalique.

[Indications] Paralysie faciale, céphalée, dentalgie.

Chuigen

[Localisation] A la racine du lobule de l'oreille (voir fig. 39).

[Const. anat.] En face du bord postérieur de la branche du maxillaire inférieur existe la glande parotide. L'innervation cutanée est assurée par le nerf grand auriculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point au-dessous du lobule de l'oreille. Presser vers le maxillaire inférieur avec force. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Distension douloureuse à l'intérieur de l'oreille, engourdissement de la glande parotide.

[Indications] Paralysie faciale, céphalée, dentalgie.

Jinghou

[Localisation] Au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien et juste au bord de la chevelure (voir fig. 41)

[Const, anat.] Présence du trapèze au plan superficiel. Au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien et au-dessous de l'apophyse mastoïde existe le nerf petit occipital du plexus cervical. Le nerf spinal se ramifie dans le plan profond.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, l'opérateur prend le point au-dessous du Fengchi juste au bord de la chevelure. Presser vers l'orbite opposée avec force. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Distension de la tête, endolorissement et engourdissement du cou. Sensation de distension oculaire chez certains malades.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, neurasthénie, céphalée, insomnie, paraplégie traumatique, torticolis et ophtalmopathie.

Fengchi

[Localisation] Dans la dépression située entre le creux directement au-dessous de la protubérance occipitale externe et l'apophyse mastoïde de la face postérieure de la tête (voir fig. 41).

[Const. anat.] Au bord inférieur de la chevelure, du côté inféro-externe de l'insertion d'origine du trapèze, existent des branches des a. et v. occipitales. L'innervation cutanée est assurée par les nerfs petit et grand occipitaux.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus latéral, prendre le point à la dépression située entre l'apophyse mastoïde et le creux directement au-dessous de la protubérance occipitale externe (environ à 1 cun au-dessus du bord postérieur de la chevelure), et entre les extrémités supérieures du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien. Presser avec force vers l'orbite opposée. Les méthodes de tapotement et de compression sont aussi applicables.

[Réactions] Endolorissement de la tête et du cou. Sensation de distension et de protrusion de l'œil chez certains malades.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, développement imparfait de l'encéphale, neurasthénie, céphalée, insomnie, paraplégie traumatique, ophtalmopathie.

Chishang

[Localisation] A un doigt de travers en haut et en dedans de Fengchi (voir fig. 41).

[Const. anat.] Présence des branches des a. et v. occipitales et des nerfs petit et grand occipitaux au bord inférieur de la chevelure et au bord externe de l'insertion d'origine du trapèze.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, l'opérateur prend le point à la dépression située un peu au-dessus de Fengchi et le presse avec force vers l'orbite opposée, On adopte aussi les méthodes de tapotement et de compression.

[Réactions] Endolorissement et distension de la tête et du cou. Sensations de distension et de protrusion de l'œil chez certains patients.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, développement imparfait de l'encéphale, neurasthénie, insomnie, céphalée, paraplégie traumatique, ophtalmopathie.

Fushang

[Localisation] A 1,5 cun directement au-dessus du milieu du bord postérieur de la chevelure (voir fig. 41).

[Const. anat.] Présence des branches des a. et v. occipitales, du 3e nerf occipital et du nerf grand occipital entre les trapèzes droit et gauche, à la surface de l'écaille de l'occipital.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, prendre le point à 1,5 cun directement au-dessus du milieu du bord postérieur de la chevelure, entre les trapèzes des deux côtés. Presser avec force vers le front.

[Réactions] Distension de la tête, vertige.

[Indications] Neurasthénie, insomnie, céphalée, ataxie des membres, séquelles de l'encéphalite.

Yapang

[Localisation] A 5 fen en dehors de Fushang (voir fig. 41).

[Const. anat.] Présence des branches des a. et v. occipitales au bord externe de l'insertion d'origine du trapèze. Les nerfs grand et petit occipitaux assurent l'innervation cutanée.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal ou ventral, prendre le point à 5 fen en dehors du Fushang. Presser avec force vers l'orbite homolatérale. La méthode de compression est aussi applicable.

[Réactions] Distensions céphalique et oculaire.

[Indications] Neurasthénie, insomnie, céphalée, ataxie des membres, séquelles de l'encéphalite.

Renying

[Localisation] Au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, au niveau de la pomme d'Adam (voir fig. 43).

[Const. anat.] Dans l'intervalle entre le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et le cartilage thyroïde se ramifie le nerf cutané transverse du cou. Un peu en dehors de cette zone existe la veine jugulaire interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à côté de la pomme d'Adam, au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à la zone où bat l'artère. Presser avec la pointe ou la face palmaire du doigt.

[Réactions] Distensions céphalique et oculaire, engourdissement de l'omoplate, oppression du larynx.

[Indications] Céphalée, séquelles de l'encéphalite, hydrocéphalie.

Yixia

[Localisation] A 1 cun au-dessus de Renying (voir fig. 43).

[Const. anat.] Dans la région située en dehors du bord supérieur du cartilage thyroïde et au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien se ramifie le nerf cutané transverse du cou.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à 1 cun au-dessus de Renying, au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et à la zone où bat l'artère. Presser avec la pointe ou la face palmaire du doigt.

[Réactions] Distensions céphalique et oculaire, engourdissement de l'omoplate, oppression du larynx.

[Indications] Céphalée, séquelles de l'encéphalite, hydrocéphalie.

Membre supérieur (en tout 29 points)

Jianyu

[Localisation] Dans la dépression formée entre l'acromion et le trochiter de l'humérus (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En dehors de l'acromion de l'omoplate et au milieu de l'insertion d'origine du deltoïde. L'innervation cutanée est assurée par le nerf sus-claviculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise avec épaules pendantes, prendre le point soit au-dessous de l'extrémité acromiale de la clavicule et au milieu de l'insertion d'origine du deltoïde, soit à la dépression antérieure des deux dépressions se formant à l'épaule en étendant horizontalement le bras.

On adopte souvent les méthodes de pression, de tapotement et de remuement.

[Réactions] Endolorissement et distension aux alentours de l'articulation de l'épaule.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule.

Jubi

[Localisation] A 3,5 cun en avant et au-dessous de l'acromion (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En avant de la tête humérale, juste à la ligne de démarcation entre la portion antérieure et la portion médiane du deltoïde. L'innervation cutanée est assurée par le nerf susclaviculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade avec épaules pendantes, prendre le point à 3,5 cun en avant et au-dessous de l'articulation de l'épaule, à l'insertion d'origine de la longue portion du triceps brachial. On remue vers dehors avec force. La méthode de pression est aussi applicable.

[Réactions] Endolorissement, engourdissement et distension du bras.

[Indications] Inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, paralysie et engourdissement du membre supérieur.

Yehou

[Localisation] A l'extrémité du pli axillaire postérieur (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A l'extrémité du pli axilliare postérieur de la face postérieure de l'aisselle, juste à la jonction du deltoïde et

du grand rond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf brachial cutané externe.

[Prise du point et manipulation] Malade avec épaules pendantes, prendre le point à l'extrémité du pli axillaire postérieur. Les méthodes de pression et de tapotement sont souvent applicables.

[Réactions] Sensation d'endolorissement, d'engourdissement et de distension aux tissus périarticulaires de l'épaule.

[Indications] Scapulalgie, inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, paralysie du membre supérieur.

Jianhou

[Localisation] A 2 cun directement au-dessus de Yehou (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au plan profond existent le deltoïde et le nerf axillaire. L'innervation cutanée est assurée par la branche postérieure du rameau perforant externe du 2e nerf intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade avec épaules pendantes, prendre le point à 2 cun directement au-dessus de l'extrémité du pli axillaire. Les méthodes de pression et de remuement sont souvent applicables.

[Réactions] Endolorissement et distension de la région scapulaire.

[Indications] Scapulalgie, inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, paralysie du membre supérieur.

Bihou

[Localisation] A 2 cun en dehors de Yehou (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A l'extrémité supérieure de l'humérus, au-dessous et en arrière du trochiter, au bord inférieur du deltoïde et à la partie supérieure du vaste externe du triceps brachial existe l'artère circonflexe postérieure. Le nerf axillaire fournit des rameaux à cette zone.

[Prise du point et manipulation] Malade avec épaules pendantes, prendre le point à 2 cun en dehors de l'extrémité du pli axillaire postérieur, sur le bord postérieur du deltoïde. Les méthodes de pression et de remuement sont aussi applicables.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, oppression thoracique, lourdeur et resserrement du membre supérieur.

[Indications] Scapulalgie, inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, paralysie du membre supérieur.

Jiannei

[Localisation] A 1 cun en dedans du Jubi (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En avant de l'articulation de l'épaule et au bord antérieur du deltoïde. Le nerf sus-claviculaire transmet la sensibilité cutanée.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal avec épaules pendantes, prendre le point à 1 cun en dedans du Jubi, à l'insertion d'origine de la courte portion du biceps brachial et presser avec force soit vers le côté interne soit vers le côté externe. La méthode de remuement est fréquemment applicable.

[Réactions] Engourdissement des deux bras lors de la pression vers le côté externe, sensation de chaleur à l'intérieur du ventre quand on presse vers le côté interne.

[Indications] En cas de douleur et d'engourdissement au bras, presser vers le côté externe. S'il y a douleur abdominale, presser vers le côté interne.

Yeqian

[Localisation] A l'extrémité du pli axillaire antérieur (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Juste à la ligne axillaire antérieure, au bord inférieur du grand pectoral. L'innervation cutanée est assurée par le rameau perforant externe du 2e nerf intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade avec bras tombant, prendre le point à l'extrémité du pli axillaire antérieur. Presser ou remuer vers la tête de l'humérus.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension se propageant jusqu'au médius.

[Indications] Inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, paralysie du membre supérieur.

Zhima

[Localisation] A 1 cun au-dessous du centre du creux axillaire (fig. 45).

[Const. anat.] Entre le bord interne de la courte portion du biceps, au plan profond passent l'artère humérale, le nerf cubital et le nerf médian. La sensibilité cutanée est transmise par le nerf brachial cutané interne.

[Prise du point et manipulation] Malade avec bras élevé ou en abduction, prendre le point à 1 cun au-dessous du centre du creux axillaire et au bord cubital du biceps. Remuer avec force en avant ou en arrière à l'aide du pouce. Si l'on applique la

méthode de saisissement, on presse jusqu'au profond avec le pouce et les quatre autres doigts, puis soulève rapidement le tissu profond saisi (le bras doit se mettre en abduction ou s'étend horizontalement en s'allongeant en avant (fig. 46).

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant jusqu'à l'extrémité des doigts comme atteinte d'une commotion électrique.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, douleur et engourdissement du bras, obscurcissement de la vue, hypertension artérielle, céphalée, rhume.

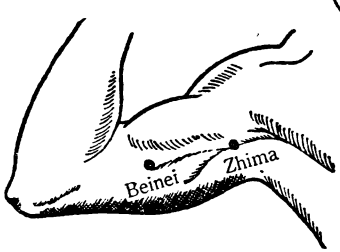


Fig. 45 Points de la face interne du membre supérieur

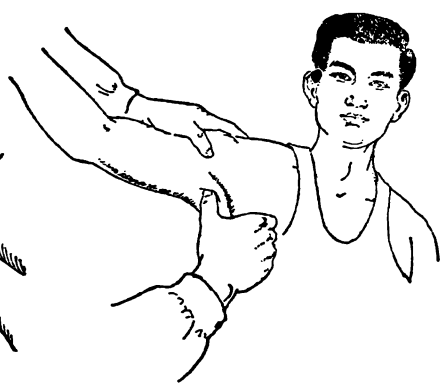


Fig. 46 Pression sur Zhima

Biwai

[Localisation] En dehors de la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen de l'humérus (fig. 47).

[Const. anat.] En dehors de la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur de l'humérus et au bord externe de l'insertion

d'origine du brachial antérieur existe le nerf radial. Le nerf cutané postérieur du bras transmet la sensibilité cutanée.

[Prise du point et manipulation] Malade avec coude fléchi,

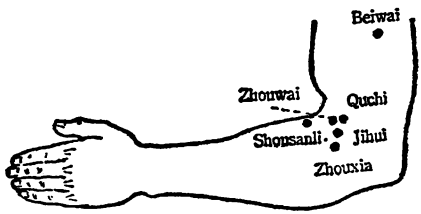


Fig. 47 Points de la face externe du membre supérieur

prendre le point à la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur de la ligne unissant l'épicondyle à l'acromion. Appliquer les méthodes de tapotement, de pression ou de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant au médius et à l'index.

[Indications] Céphalée, dentalgie, hypertension artérielle, paralysie du membre supérieur.

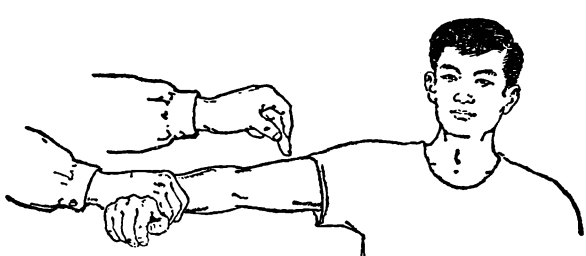


Fig. 48 Pression sur Biwai

Binei

[Localisation] A 6 cun directement au-dessous du centre du creux axillaire (voir fig. 45).

[Const. anat.] Au bord interne du milieu du ventre du biceps brachial existent l'artère humérale et le nerf médian. L'innervation cutanée est assurée par le nerf intercosto-huméral.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal avec membre supérieur en abduction, prendre le point à 6 cun directement au-dessous du centre du creux axillaire et au bord cubital du ventre du biceps, remuer vers le biceps avec force. Les méthodes de tapotement et de pression sont aussi applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant à la paume de la main et au médius.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, douleur et engourdissement du bras, céphalée, dentalgie, rhume, hypertension artérielle.

Wenshang

[Localisation] Coude légèrement fléchi, à 1 cun au-dessus de l'extrémité cubitale du pli du coude (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En avant de l'épitrochlée humérale, au bord interne de l'extrémité inférieure du biceps brachial, passent l'artère humérale et le nerf médian. L'innervation cutanée est assurée par le nerf brachial cutané interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à 1 cun au-dessus de l'extrémité cubitale du pli du coude et au bord cubital du tendon

du biceps. Remuer vers le côté cubital. Les méthodes de tapotement et de pression sont aussi applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension se propageant à la paume de la main et aux extrémités des 3e, 4e 5e doigts.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, céphalée, hypertension artérielle.

Keshang

[Localisation] A 1 cun au-dessus de l'épitrochlée de l'humérus (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A l'épitrochlée et au bord interne du biceps passe le nerf cubital et se ramifie l'artère collatérale interne inférieure. La sensibilité cutanée est transmise par le nerf brachial cutané interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à 1 cun au-dessus de l'épitrochlée humérale. Remuer vers le côté radial avec force. Les méthodes de tapotement et de pression sont applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement de lourdeur à la face antérieure de l'avant-bras se propageant à la pointe de l'auriculaire.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, étourdissement, obscurcissement de la vue, cécité.

Xiaohai

[Localisation] Dans la dépression située en arrière de l'épitrochlée de l'humérus (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Derrière l'épitrochlée de l'humérus passe le

nerf cubital. La sensibilité cutanée est transmise par le nerf brachial cutané interne.

[Prise du point et manipulation] Malade avec coude fléchi, prendre le point entre l'olécrâne du cubitus et l'épitrochlée de l'humérus. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont souvent applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant jusqu'à la pointe des doigts.

[Indications] Douleur et engourdissement du bras, paralysie du membre supérieur.

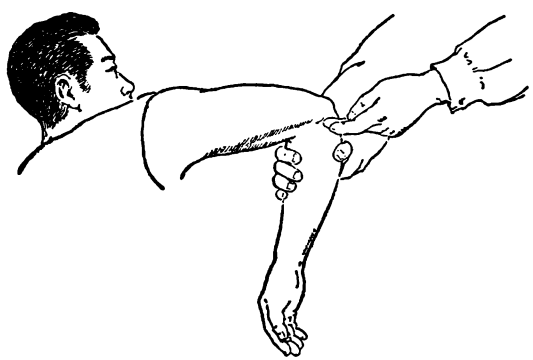


Fig. 49 Pression sur Xiaohai

Zhounei

[Localisation] Coude légèrement fléchi, à 0,5 cun au-dessous de l'extrémité cubitale du pli du coude (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A l'insertion d'origine du tendon commun des fléchisseurs et au bord interne de l'extrémité inférieur du biceps passent au plan profond l'artère humérale et le nerf médian.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à 0.5 cun au-dessous de l'extrémité cubitale du pli du coude. Remuer avec force vers le côté radial. On peut recourir aussi aux méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de lourdeur à l'avant-bras.

[Indications] Syncope, paralysie du membre supérieur, douleur et engourdissement du coude.

Quchi

[Localisation] Coude fléchi, entre l'épicondyle et l'extrémité du pli du coude (voir fig. 47).

[Const. anat.] En avant de l'épicondyle de l'humérus et entre le long supinateur et le 1er radial passe au plan profond le nerf radial. L'innervation cutanée est assurée par le nerf brachial cutané postérieur.

[Prise du point et manipulation] Malade avec coude fléchi et en pronation, prendre le point au milieu de la ligne unissant l'extrémité externe du pli du coude à l'épicondyle. On peut appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension se propageant au poignet.

[Indications] Douleur et engourdissement du bras, arthralgie du coude.

Zhouxia

[Localisation] A 1 cun au-dessous de la tête du radius (voir fig. 47).

[Const. anat.] Au bord interne de l'extenseur commun des doigts et au bord externe du cubital postérieur. La sensibilité cutanée est transmise par le nerf brachial cutané interne.

[Prise du point et manipulation] Malade avec coude fléchi, prendre le point à 1 cun au-dessous et en dehors de la tête du radius. Presser vers le cubitus avec force. Les méthodes de tapotement et de remuement sont aussi fréquemment applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant au poignet.

[Indications] Douleur et engourdissement du bras, arthralgie du coude.

Jihui

[Localisation] A 0,5 cun au-dessous et à 1 cun en arrière de Quchi (voir fig. 47).

[Const. anat.] Entre le long supinateur et le 1er radial passe la branche profonde du nerf radial. L'innervation cutanée est assurée par le nerf brachial cutané postérieur.

[Prise du point et manipulation] Malade avec coude fléchi, prendre le point un peu au-dessous de l'insertion d'origine de l'extenseur commun des doigts qui est à côté de Quchi, c'est-à-dire entre Zhouxia et Quchi. Les méthodes de tapotement et de pression sont souvent applicables.

[Réactions] Endolorissement, distension et engourdissement de l'avant-bras.

[Indications] Céphalée, dentalgie, entorse des articulations du coude et du poignet, séquelles de l'encéphalite, paralysie du membre supérieur.

Zhouwai

[Localisation] A 0,5 cun au-dessous de Quchi (voir fig. 47).

[Const, anat.] Au point de jonction du tiers supérieur et du tiers moyen du long supinateur passe le nerf radial. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané postérieur de l'avant-bras.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, le point est situé un peu au-dessous du Quchi et sépare Jihui d'un tendon. Remuer vers le côté cubital avec force. Les méthodes de tapotement et de pression sont souvent applicables.

[Réactions] Sensations locales d'endolorissement, d'engourdissement et de distension se propageant en haut au bras, en bas au médius.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, rhume, engourdissement du coude.

Shousanli

[Localisation] A 2 cun au-dessous de Quchi (voir fig. 47).

[Const. anat.] En dehors de la jonction du quart supérieur et des trois quarts inférieurs du radius et au bord postérieur du 1er radial, se ramifie la branche de l'artère interosseuse postérieure de l'avant-bras. La sensibilité cutanée est transmise par le nerf cutané postérieur de l'avant-bras.

[Prise du point et manipulation] Malade avec coude fléchi, prendre le point à 2 cun au-dessous de Quchi. On applique les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension se propageant vers le médius.

[Indications] Paralysie et engourdissement du membre supérieur, douleur du bras.

Jianshi

[Localisation] Main en supination, à 3 cun au-dessus du pli du poignet entre deux tendons (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Entre les tendons du grand palmaire et du petit palmaire et entre le radius et le cubitus, justement passe le nerf médian et au plan profond existe l'artère interosseuse antérieure de l'avant-bras. L'innervation cutanée est assurée par le nerf accessoire de brachial cutané interne.

[Prise du point et manipulation] Main du malade en supination, le point est situé à 3 cun au-dessus du pli du poignet, entre les tendons des grand et petit palmaires. On peut adopter les méthodes de tapotement, de pression ou de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant au médius; si l'on presse avec force, les 5 doigts ne peuvent pas se mettre en extension.

[Indications] Nausée, céphalée, paralysie du membre supérieur.

Jianwai

[Localisation] A 0,5 cun du côté radial de Jianshi (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au bord interne du radius et du côté externe du grand palmaire passent l'artère radiale et la branche superficielle du nerf radial. L'innervation cutanée est assurée par le nerf accessoire du brachial cutané externe.

[Prise du point et manipulation] Main du malade en supi-

nation, le point est situé à 0.5 cun du côté radial du Jianshi, à la dépression du bord interne du radius. Presser avec force vers le côté radial. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant au médius.

[Indications] Céphalée, paralysie du membre supérieur.

Jingqu

[Localisation] Main en supination, à 1 cun au-dessus de l'extrémité radiale du pli du poignet (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Entre le tendon du grand palmaire et le tendon du long abducteur du pouce passent les a. et v. radiales ainsi que la branche superficielle du nerf radial; le carré pronateur existe au plan profond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf accessoire du brachial cutané externe.

[Prise du point et manipulation] Main du malade en supination, le point se trouve à 1 cun au-dessus de l'extrémité radiale du pli du poignet, du côté radial de l'artère radiale et en dedans de l'apophyse styloïde du radius. On adopte ordinairement la méthode de tapotement faible ou modéré. Remuer vers le côté cubital lors de la pression. La méthode de remuement est aussi applicable.

[Réactions] Engourdissement et distension locaux.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, affections de l'encéphale.

Yinxi

[Localisation] Main en supination, à 5 fen au-dessus de l'extrémité cubitale du pli du poignet (voir fig. en couleurs).

(Const. anat.) Entre le cubital antérieur et le fléchisseur superficiel des doigts passent l'artère cubitale et le nerf cubital. L'innervation cutanée est assurée par le nerf accessoire du brachial cutané interne.

[Prise du point et manipulation] Main du malade en supination, le point se trouve à 5 fen au-dessus de l'extrémité cubitale du pli du poignet, du côté radial du tendon du cubital antérieur. On adopte la méthode de tapotement faible ou modéré, la pression se fait vers le côté radial avec force.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant au bout de l'auriculaire.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, céphalée, dentalgie.

Hegu

[Localisation] A la première commissure interdigitale entre les métacarpiens (voir fig. en couleurs.)

[Const. anat.] Entre le 1er et le 2^{e} métacarpiens, du côté radial du 2^{e} métacarpien, dans le 1er interosseux dorsal se ramifient la 1re artère métacarpienne dorsale venue de l'artère radiale et la branche superficielle du nerf radial.

[Prise du point et manipulation] A la face dorsale de la main, prendre le point dans l'intervalle des 1er et 2^{e} métacarpiens, à la dépression située du côté radial du milieu du 2^{e} métacarpien. Remuer vers le 2^{e} métacarpien avec force. On peut appliquer aussi les méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, engourdissement de la main.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, céphalée, dentalgie, hypertension artérielle, engourdissement.

Hejian

[Localisation] Entre la tête du 2e métacarpien et Hegu, (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au bord externe de l'extrémité inférieure du 2e métacarpien, dans le 1er interosseux dorsal existe la 1re artère métacarpienne dorsale. L'innervation cutanée est assurée par la branche superficielle du nerf radial.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal ou ventral. On prend le point en longeant du Hegu à 5 fen de l'articulation métacarpo-phalangienne et remue vers le 2e métacarpien avec force. Les méthodes de tapotement et de pression sont aussi applicable.

[Réactions] Endolorissement du bras, engourdissement de la main. En cas grave, apparition possible de syncope.

[Indications] Syncope, paralysie du membre supérieur, engourdissement, vomissement, céphalée, dentalgie.

Wanbei

[Localisation] A la face dorsale de l'articulation du poignet, au milieu du pli du poignet dans les tendons de l'extenseur commun des doigts (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au bord supérieur de la face dorsale des os carpiens et aux tendons de l'extenseur commun des doigts qui passent sous le ligament annulaire dorsal du carpe. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané postérieur de l'avant-bras, branche du nerf radial.

[Prise du point et manipulation] Main en pronation, le point se trouve à la face dorsale de l'articulation du poignet, dans les tendons de l'extenseur commun des doigts. Remuer vers le côté cubital avec force. Les méthodes de tapotement et de pression sont aussi applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux se progageant aux doigts.

[Indications] Céphalée, dentalgie, entorse de l'articulation du poignet, séquelles de l'encéphalite.

Zhangjian

[Localisation] Au dos de la main, dans les espaces entre les têtes des 2^{e} et 3^{e}, des 3^{e} et 4^{e}, et des 4^{e} et 5^{e} métacarpiens. En tout 3 espaces correspondant à 3 points (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Dans les espaces précités existent des muscles interosseux et des artères métacarpiennes dorsales. La sensibilité cutanée est transmise par la branche superficielle du nerf radial et la branche dorsale de la main du nerf cubital,

[Prise du point et manipulation] Main en pronation, prendre les points dans les espaces entre les têtes des 2^{e} et 3^{e}, des 3^{e} et 4^{e}, et des 4^{e} et 5^{e} métacarpiens, distants de 5-6 fen des articulations métacarpo-phalangiennes. On applique ordinairement les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension pouvant se propager au coude.

[Indications] Paralysie faciale, engourdissement, séquelles de l'encéphalite, neurasthénie, amygdalite.

Zhigen

[Localisation] A l'extrémité radiale du pli de la 2e articulation métacarpo-phalangienne de la face palmaire de la main (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En avant de la 2e articulation métacarpo-phalangienne existent les tendons des fléchisseurs superficiel et profond des doigts et du lombrical ainsi que les branches de l'artère radiale et du nerf médian.

[Prise du point et manipulation] A la face palmaire de l'index, prendre le point à l'extrémité radiale du pli de l'articulation métacarpo-phalangienne. Remuer vers le côté cubital lors de la pression.

[Réactions] Endolorissement, distension, douleur et engourdissement locaux.

[Indications] Séquelles de l'encéphalite, neurasthénie, insomnie, céphalée, dentalgie.

Racines unguéales et articulations interphalangiennes

[Localisation] A la racine unguéale et aux plis de la face palmaire de chaque articulation interphalangienne (fig. 50).

[Const. anat] Dans la racine de chaque ongle se ramifie le nerf collatéral palmaire, aux deux côtés de l'articulation interphalangienne existent les ligaments latéraux et les nerfs collatéraux palmaires. La racine unguéale repose sur les parties moyenne et inférieure de la phalangette. La 1re phalange s'articule avec la seconde, la seconde avec la troisième en formant deux articulations interphalangiennes.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise

ou en décubitus dorsal ou ventral, prendre les points à chaque racine unguéale et aux alentours de chaque articulation interphalangienne et appliquer la méthode de pincement, pincer 3-5 fois pour un point.

[Réactions] Douleur et chaleur locales, sensations de chaleur et de distension de la tête chez certains malades.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, engourdissement, premiers secours du syncone, vertige, nausée, fièvre perverse exogène.

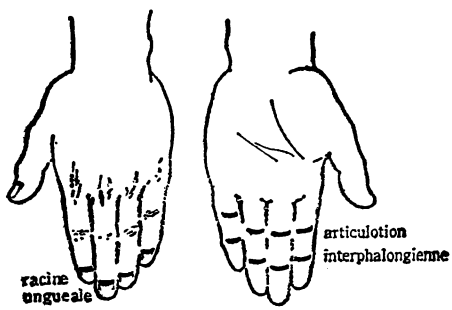


Fig. 50 Racines unguéales et articulations interphalangiennes

Thorax et abdomen (en tout 14 points)

Tiantu

[Localisation] Dans la dépression située au-dessous de la pomme d'Adam (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au milieu de l'échancrure sternale, entre les sterno-cléido-mastoïdiens droit et gauche existent au plan profond

les sterno-hyoïdiens, les sterno-thyroïdiens et la trachée. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané transverse du cou.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à la dépression située au-dessus du milieu de l'échancrure sternale et presser directement vers le bas ou en longeant le sternum avec le médius (fig. 51). La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Oppression thoracique, toux.

[Indications] Toux et expectoration abondante, trismus, séquelles de l'encéphalite, aphonie.

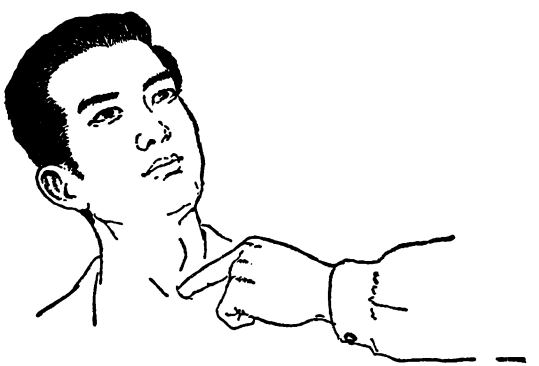


Fig. 51 Pression sur Tiantu

Suoao

[Localisation] Dans la dépression située au-dessus du milieu de la clavicule (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au-dessus du milieu de la clavicule et en dehors de l'insertion terminale du sterno-cléido-mastoïdien existe le plexus brachial. L'innervation cutanée est assurée par le nerf sus-claviculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point au creux sus-claviculaire et en dehors du sterno-cléido-mastoïdien. Les méthodes de tapotement et de remuement sont fréquemment applicables (fig. 52).

[Réactions] Sensations d'engourdissement, d'endolorissement et de distension à la région scapulaire pouvant se propager aux doigts.

[Indications] Paralysie du membre supérieur, engourdissement du bras, hypertension artérielle, céphalée, dentalgie.

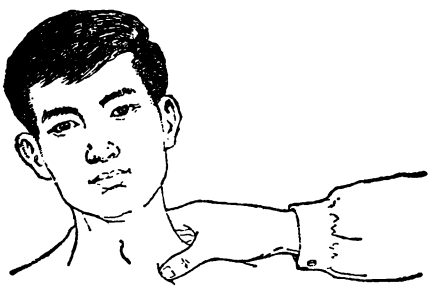


Fig. 52 Pression sur Suoao

Fuan

[Localisation] A 1 cun en dedans et à 1 cun directement au-dessus de l'extrémité du pli axillaire antérieur (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Sur la ligne axillaire antérieure, au plan profond existe le grand pectoral. La sensibilité cutanée est transmise par la branche cutanée externe du 2e nerf intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade avec épaules pendantes, prendre le point à 1 cun en dedans et à 1 cun au-dessus de l'extrémité du pli axillaire antérieur. Presser obliquement en dedans avec force.

[Réactions] Sensations de chaleur, d'engourdissement à l'intérieur du ventre, oppression thoracique et augmentation de péristaltisme intestinal.

[Indications] Gastralgie nerveuse, spasme de l'estoma,c ascaridiose de la voie biliaire.

Wuyi

[Localisation] Entre les 2e et 3e côtes sur la ligne mi-claviculaire (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Entre les 2e et 3e côtes il y a le grand pectoral. Au plan profond existe les muscles intercostaux et se ramifient les 2e a. et n. intercostaux et le nerf thoracique antérieur. Présence du poumon dans la cavité thoracique.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitsu dorsal, le point se trouve à un espace intercostal au-dessus de Yingchuang. Les méthodes de tapotement et de pression sont fréquemment applicables.

[Réactions] Sensation d'oppression thoracique.

[Indications] Toux, oppression thoracique.

Yingchuang

[Localisation] Entre les 3e et 4e côtes sur la ligne mi-claviculaire (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Entre les 3e et 4e côtes existe le grand pectoral; présence du petit pectoral, des muscles intercostaux et des ramifications des 3e a. et n. intercostaux et du nerf thoracique antérieur au plan profond. Dans la cavité thoracique existent les poumons.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dor-

sal, prendre le point à 1 espace intercostal au-dessus du mamelon. Les méthodes de tapotement et de pression sont fréquemment applicables.

[Réactions] Sensation d'oppression thoracique.

[Indications] Oppression thoracique, douleur abdominale.

Jiuwei

[Localisation] A 5 fen au-dessous de l'appendice xiphoïde. (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au-dessous de l'appendice xiphoïde dans la ligne blanche. La branche cutanée antérieure du 6e intercostal transmet la sensibilité cutanée.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, le point est situé à 5 fen directement au-dessous de l'appendice xiphoïde. On conseille au malade de faire la respiration abdominale et presse avec le pouce vers le bas en suivant la contraction de la paroi abdominale lors de l'inspiration. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations de chaleur et de distension au ventre.

[Indications] Douleur abdominale, indigestion.

Juque

[Localisation] A 6 cun au-dessus de l'ombilic (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Sur la ligne blanche au-dessus de l'ombilic. Les branches cutanées antérieures des 6e et 7e nerfs intercostaux se ramifient dans la peau.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dor-

sal, prendre le point à 6 cun au-dessus de l'ombilic et procéder à la même manipulation que Jiuwei.

[Réactions] Sensations de chaleur et de distension au ventre.

[Indications] Douleur abdominale, indigestion.

Jianli

[Localisation] A 6 cun au-dessus de l'ombilic (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Sur la ligne blanche au-dessus de l'ombilic. existent des ramifications de la branche cutanée antérieure du 8e nerf intercostal et la portion de la petite courbure de l'estomac.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point à 3 cun au-dessus de l'ombilic et procéder à la même manipulation que Jiuwei.

[Réactions] Sensations de chaleur et de distension au ventre.

[Indications] Douleur abdominale, indigestion.

Qizhong

[Localisation] A 3 cun au-dessus de l'ombilic (voir fig. en leurs).

[Const. anat.] Au centre de l'omilic se distribue la branche cutanée antérieure du 10e nerf intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point au centre de l'ombilic et procéder à la même manipulation que Jiuwei.

[Réactions] Sensations de chaleur et de distension au ventre.

[Indications] Douleur abdominale, indigestion.

Qipang

[Localisation] A 3 cun en dehors de l'ombilic (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Présence de grand droit et de sa gaine, et des réseaux anastomotiques des artères épigastriques supérieure et inférieure. C'est le territoire d'innervation du 10e nerf intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, le point est situé à 3 cun en dehors de l'ombilic, au bord externe du grand droit. On conseille au malade de faire la respiration abdominale et presse vers le bas et en dedans avec force lors de l'inspiration.

[Réactions] Sensations de chaleur, de distension et d'engourdissement pouvant se propager au périnée chez certains malades.

[Indications] Douleur abdominale, indigestion, incontinence d'urine et de selles, règles irrégulières, énurésie.

Yinjiao

[Localisation] A 1 cun au-dessous de l'ombilic (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Dans la ligne blanche au-dessous de l'ombilic se ramifie la branche cutanée antérieure du 10e nerf intercostal. Au plan profond existe l'intestin grêle.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point à 1 cun au-dessous de l'ombilic et procéder à la même manipulation que Jiuwei.

[Réactions] Sensations de chaleur, de distension et d'engourdissement pouvant se propager au périnée chez une partie des malades.

[Indications] Douleur abodminale, indigestion, incontinence d'urine et de selles.

Guanyuan

[Localisation] A 3 cun au-dessous de l'ombilic (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Dans la ligne blanche se ramifient des branches cutanées antérieures des 11^{e} et 12^{e} nerfs intercostaux.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point à 3 cun directement au-dessous de l'ombilic et procéder à la même manipulation que Jiuwei.

[Réactions] Sensations de chaleur, de distension et d'engourdissement pouvant se propager au périnée chez une partie des malades.

[Indications] Douleur abdominale, indigestion, incontinence d'urine et de selles.

Qugu

[Localisation] A 5 cun au-dessous de l'ombilic (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au bord supérieur de la symphyse pubienne entre le pyramidal droit et le pyramidal gauche se ramifie le nerf ilio-hypogastrique.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point au bord supérieur de la symphyse pubienne et procéder à des méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Distension et engourdissement locaux.

[Indications] Incontinence d'urine et de selles, impuissance, spermatorrhée.

Chipang

[Localisation] A 2 cun en dehors du Qugu (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au bord externe du grand droit passe l'artère épigastrique inférieure. C'est la zone d'innervation du nerf ilio-hypogastrique.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point à 2 cun en dehors du Qugu et du côté externe du grand droit, presser avec force vers le bas et en dedans.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension au ventre.

[Indications] Incontinence d'urine et de selles, impuissance, spermatorrhée.

Dos et lombes (en tout 15 points)

Jianshang

[Localisation] A 2,5 cun en dehors de l'espace situé entre les 6e et 7e vertèbres cervicales (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En dehors de l'espace interépineux entre les 6e et 7e vertèbres cervicales, à la jonction des tiers supérieur et moyen du trapèze et au bord supérieur du rhomboïde existe la branche descendante de l'artère cervicale transverse. L'innervation cutanée est assurée par le nerf sus-claviculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, le point se trouve à 2,5 cun en dehors et au-dessous de l'apophyse épineuse de la 6e vertèbre cervicale et au bord externe du trapèze. Les méthodes de pression, de tapotement et de remuement sont fréquemment applicables.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux.

[Indications] Torticolis, paralysie du membre supérieur, douleur du bras.

Jianjing

[Localisation] Au milieu de la ligne réunissant Jianyu à Dazhui (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A la jonction du tiers moyen et du tiers externe du bord supérieur du trapèze, existe au plan profond le sus-épineux. L'innervation cutanée est assurée par le nerf sus-claviculaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise avec épaules pendantes prendre le point dans la dépression située à mi-distance de la ligne reliant Jianyu à Dazhui et procéder à des méthodes de tapotement et de remuement.

[Réactions] Endolorissement et lourdeur à l'épaule.

[Indications] Inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, paralysie du membre supérieur.

Gangzhong

[Localisation] Au bord inférieur du milieu de l'épine de l'omoplate (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A la fosse sous-épineuse existent le sous-épineux, les branches de l'artère sus-scapulaire, de l'artère circonflexe

scapulaire et du nerf sus-scapulaire. L'innervation cutanée est assurée par le 2e nerf intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise prendre le point dans la dépression située au bord inférieur du milieu de l'épine de l'omoplate et procéder à des méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement locaux pouvant se propager à l'auriculaire, lourdeur aux deux bras.

[Indications] Inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, douleur et engourdissement du bras.

Tianzong

[Localisation] A 2 cun directement au-dessous de Gangzhong (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au centre de la fosse sous-épineuse de l'omoplate existent le sous-épineux et des branches du n. sus-scapulaire. L'innervation cutanée est assurée par le 4e n. intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, prendre le point dans la dépression située au centre de la fosse sous-épineuse, directement au-dessous du Gangzhong et appliquer des méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant à l'auriculaire, lourdeur aux deux bras.

[Indications] Inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, douleur et engourdissement du bras.

Fufen

[Localisation] A 3 cun en dehors de l'espace interépineux entre les 2e et 3e vertèbres dorsales (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A 3 cun en dehors et au-dessous de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre dorsale et au-dessus de l'extrémité interne de l'épine de l'omoplate existe le trapèze au plan superficiel, le rhomboïde, la branche descendante de l'artère cervicale transverse au plan profond. Présence des ramifications du nerf de l'angulaire et du rhomboïde, de la branche postérieure du nerf rachidien dorsal et du nerf spinal.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, prendre le point au bord interne de l'angle supérieur de l'omoplate au niveau de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre dorsale. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont ordinairement applicables.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, oppression thoracique, dyspnée.

[Indications] Inflammation des tissus périarticulaires de l'épaule, torticolis, affections de l'encéphale.

Jianei

[Localisation] A 2 cun en dehors et au-dessous de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre dorsale (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Eu dehors de l'espace interépineux entre les 5e et 6e vertèbres dorsales existent le trapèze et le sacrospinalis. Présence des ramifications des branches postérieures de l'artère intercostale et du nerf rachidien dorsal, de la branche descendante de l'artère cervicale transverse.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, prendre le point à 2 cun en dehors de l'espace interépineux entre les 5e et 6e vertèbres dorsales et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, oppression thoracique, dyspnée.

[Indications] Paraplégie traumatique, premiers secours de l'insolation.

Jiaonei

[Localisation] A 2 cun en dehors et au-dessous de l'apophyse épineuse de la 7e vertèbre dorsale (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Du côté externe de l'espace interépineux entre 7e et 8e vertèbres dorsales, existent le trapèze et le grand dorsal sous la peau et le sacrospinalis au plan profond. Présence des ramifications des branches postérieures de l'artère intercostale et du nerf rachidien dorsal.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, prendre le point à 2 cun en dehors de l'apophyse épineuse de la 7e vertèbre dorsale et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux; oppression thoracique, dyspnée.

[Indications] Paraplégie traumatique, premiers secours de l'insolation.

Jiajiao

[Localisation] Au bord interne de l'angle inférieur de l'omplate (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Un peu en dedans et en haut de l'angle inférieur de l'omoplate existent le grand dorsal et le grand dentelé au plan superficiel et les muscles intercostaux au plan profond. Présence des ramifications du 7e nerf intercostal.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral avec épaules pendantes, prendre le point en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate au niveau de l'apophyse épineuse de la 7e vertèbre dorsale et appliquer les méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, dyspnée après la pression forte.

[Indications] Paraplégie traumatique, premiers secours de l'insolation.

Neixia

[Localisation] Directement au-dessous de Jiaonei au niveau de l'apophyse épineuse de la 9e vertèbre dorsale (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En dehors de l'espace interépineux des 9e et 10e vertèbres dorsales existent l'aponévrose du grand dorsal sous la peau et le sacrospinalis au plan profond. Présence des ramifications des branches postérieures de la 9e artère intercostale et du 9e nerf rachidien dorsal, et du poumon dans la cavité thoracique.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral, prendre le point à 2 cun en dehors de l'espace interépineux entre les 9e et 10e vertèbres dorsales et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Endolorissement et distension locaux, oppression thoracique et dyspnée.

[Indications] Paraplégie traumatique, premiers secours de l'insolation.

Yaoyan

[Localisation] Dans la dépression située à 2,5 cun en dehors et au-dessous de l'apophyse épineuse de la 2e vertèbre lombaire (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Du côté externe de l'espace interépineux entre les 2e et 3e vertèbres lombaires existent le grand dorsal, les branches postérieures des a. et n. lombaires.

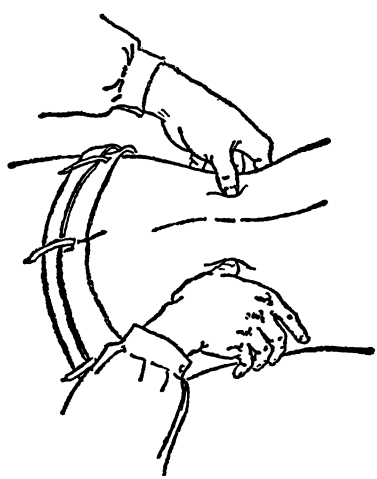


Fig. 53 Pression sur Yaoyan

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point dans la dépression située à 2,5 cun en de-

hors de l'espace interépineux entre les 2e et 3e vertèbres lombaires et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement (fig. 53).

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et de douleur lombaires s'irradiant au membre inférieur.

[Indications] Lombalgie, névralgie sciatique, indigestion infantile, douleur au bas-ventre, trouble menstruel.

Yaodi

[Localisation] A 1 cun en dehors de la jointure lombo-sacrée (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Dans l'espace situé entre la 5e vertèbre lombaire et le sacrum existe le sacrospinalis. L'innervation cutanée est assurée par la branche postérieure du 5e nerf lombaire.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus ventral avec flexion lombaire, prendre le point à 1 cun en dehors de la jointure lombo-sacrée et appliquer les méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et d'engourdissement se propageant à l'articulation de la hanche.

[Indications] Névralgie sciatique, paralysie du membre inférieur.

Jizhong

[Localisation] Au milieu de la ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure. (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A la jonction du moyen fessier et du point le plus haut de la crête iliaque. Le nerf fessier supérieur innerve

les muscles de cette région et le nerf cutané supérieur de la fesse transmet la sensibilité cutanée.

[Prise du pointe et manipulation] Malade en décubitus ventral ou en flexion lombaire, prendre le point au milieu du bord supérieur de l'ilion et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant au talon.

[Indications] Lombalgie, névralgie sciatique, paralysie du membre inférieur.

Qiaao

[Localisation] Dans la dépression située en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Dans la dépression située en arrière de la jonction du moyen fessier et de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané supérieur de la fesse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral ou latéral, prendre le point dans la dépression située en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure et procéder à des méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et d'engourdissement se propageant au talon.

[Indications] Lombalgie, névralgie sciatique, paralysie du membre inférieur.

Qiahou

[Localisation] A 1 cun en dehors de l'épine iliaque postéro-supérieure (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A la jonction du grand fessier et du côté externe de l'épine iliaque postéro-supérieure. Présence des ramifications des a. et n. fessiers supérieurs.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral ou latéral ou en position assise ou debout, prendre le point à la jonction du grand fessier et du côté externe de l'épine iliaque postéro-supérieure et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension à la région fessière pouvant se propager au membre inférieur.

[Indications] Névralgie sciatique, paralysie du membre inférieur, lésion traumatique des muscles lombaires.

Tunwai

[Localisation] Au sommet du triangle isocèle dont la base est formée par la ligne reliant Jizhong à Qiaao (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au milieu du moyen fessier qui est innervé par le nerf fessier supérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané supérieur de la fesse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point au sommet du triangle isocèle dont la base est formée par la ligne unissant Jizhong à Qiaao, au milieu du moyen fessier. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont ordinairement applicables.

[Réactions] Sensation d'endolorissement, de distension et d'engourdissement se propageant au talon.

[Indications] Névralgie sciatique, lombalgie, paralysie du membre inférieur, douleur abdominale, incontinence d'urine.

Membre inférieur (en tout 51 points)

Huantiao

[Localisation] Au point de jonction du tiers externe et des deux tiers internes de la ligne unissant le grand trochanter du fémur à l'hiatus du canal sacré (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A la portion médiane du triangle formé par l'union du grand trochanter du fémur avec la tubérosité ischiatique et l'épine iliaque postéro-supérieure, le grand fessier se trouve au plan superficiel, le nerf grand sciatique, l'artère ischiatique et le nerf fessier inférieur passent par le plan profond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané inférieur de la fesse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus latéral avec membre inférieur du dessous en extension et membre inférieur du dessus en flexion, prendre le point à la jonction du tiers externe et des deux tiers internes de la ligne reliant le point le plus proéminent du grand trochanter du fémur à l'hiatus du canal sacré. On procède ordinairement à des méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux s'irradiant au creux poplité ou au talon.

[Indications] Névralgie sciatique, lombalgie, paralysie du membre inférieur.

Huanshang

[Localisation] A 1 cun au-dessus de Huantiao (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Un peu au-dessus du milieu du triangle formé par l'union du grand trochanter du fémur avec la tubérosité

ischiatique et l'épine iliaque postéro-supérieure, le grand fessier se trouve au plan superficiel, le pyramidal et le nerf grand sciatique au plan profond. Présence des ramifications de l'artère ischiatique et du nerf fessier inférieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané inférieur de la fesse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus latéral ou ventral, prendre le point à 1 cun au-dessus de Huantiao et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux s'irradiant au creux poplité ou au talon.

[Indications] Névralgie sciatique, lombalgie, paralysie du membre inférieur.

Zuojie

[Localisation] Au bord inférieur de la tubérosité ischiatique (fig. 54).

[Const. anat.] En dedans et au-dessous de la tubérosité ischiatique existent les tendons d'insertion d'origine du demi-membraneux et du demi-tendineux qui sont innervés par le nerf grand sciatique. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané inférieur de la fesse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point au bord inférieur de la tubérosité ischiatique. Presser et remuer du côté inféro-interne vers la tubérosité ischiatique avec force.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux pouvant parfois se propager à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, énurésie, incontinence d'urine, névralgie sciatique.

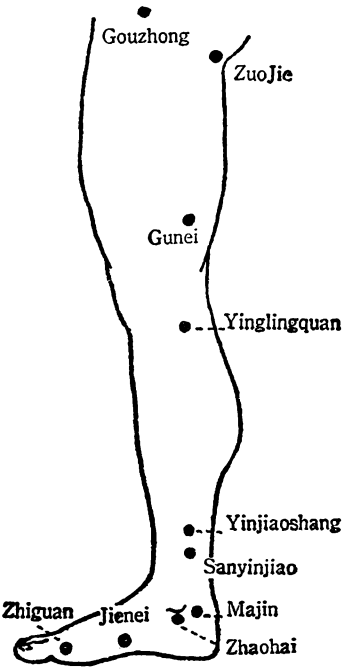


Fig. 54 Points de la face interne du membre inférieur

Fuxia

[Localisation] A 1 cun au-dessous du milieu du pli fessier (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au-dessous du bord inférieur du grand fessier, entre les tendons du demi-tendineux et de la longue portion du biceps crural existent l'artère ischiatique et le nerf cutané pos-

térieur de la cuisse. Présence du grand sciatique au plan profond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané inférieur de la fesse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point à 1 cun au-dessous du milieu du pli fessier et appliquer les méthodes de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension locaux s'irradiant au pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, incontinence d'urine et de selles, douleur de la cuisse et lombalgie.

Gouzhong

[Localisation] Au milieu du pli inguinal où on peut sentir les pulsations de l'artère fémorale (voir fig. 54).

[Const. anat.] Au plan profond du milieu du pli inguinal existent les a. et v. fémorales, le nerf crural passe par leur côté externe. L'innervation cutanée est assurée par le nerf ilio-inguinal.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point au milieu du pli inguinal où existe l'artère fémorale et appliquer les méthodes de pression ou de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension, d'engourdissement et de chaleur locaux pouvant se propager à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, incontinence d'urine et de selles, névralgie sciatique.

Qianjixia

[Localisation] A 2,5 cun au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, à l'extrémité supérieure du fémur et à l'union du couturier et du tenseur du fascia lata, existe le droit antérieur au plan profond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf fémoro-cutané.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, à l'union du couturier et du tenseur du fascia lata et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et d'engourdissement se propageant au genou.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Guqian

[Localisation] A 6,5 cun au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure (voir fig. en couleurs).

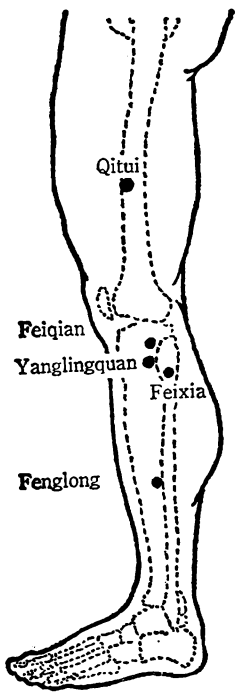
[Const. anat.] En dehors de l'extrémité supérieure du fémur, à la portion supérieure du vaste externe et à l'insertion terminale du tenseur du fascia lata sur le tractus ilio-tibial existent des rameaux musculaires du nerf crural. L'innervation cutanée est assurée par le nerf fémoro-cutané.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à 6,5 cun au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et à l'extrémité supérieure du

fémur. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont couramment applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant au genou.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.



Points de la face externe du membre inférieur

Qiturí

[Localisation] Au point de jonction du tiers moyen et du tiers inférieur de la ligne reliant le grand trochanter à la rotule (fig. 55).

[Const. anat.] Entre les segments moyen et inférieur du fémur et entre le droit antérieur et le vaste externe qui sont innervés par les rameaux musculaires du nerf crural. La sensibilité cutanée est transmise par le nerf fémoro-cutané.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la ligne reliant le grand trochanter du fémur à la rotule. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension jusqu'à la région fessière et au genou.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Guzhong

[Localisations] Au milieu de la ligne unissant le bord supéro-interne de la rotule au beau milieu du pli inguinal (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En dedans de la portion moyenne du fémur entre le couturier et le droit antérieur auxquels se ramifie le nerf crural.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point au milieu de la ligne unissant le bord supéro-interne de la rotule au beau milieu du pli inguinal et appliquer les méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension au pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, hernie, incontinence d'urine, énurésie, névralgie sciatique.

Guwai

[Localisation] A 2,5 cun en dehors du Guzhong (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En avant du segment moyen du fémur, au milieu du ventre du droit antérieur auquel se ramifie le nerf crural.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à 2,5 cun en dehors du Guzhong et appliquer les méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Sensations d'endolorissement d'engourdissement et de distension jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, hernie, incontinence d'urine, névralgie sciatique.

Guhou

[Localisation] A 4 cun directement au-dessus du Fuxi (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Du côté postéro-externe de la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur du fémur, entre le biceps crural et le vaste externe. L'innervation cutanée est assurée par le nerf fémoro-cutané.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point à 4 cun directement au-dessus du Fuxi, pres-

ser et remuer de dedans en dehors avec force. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement jusqu'à la partie externe du pied.

[Indications] Névralgie sciatique, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Gunei

[Localisation] A 3 cun directement au-dessus du bord supérieur du condyle interne du fémur (voir fig. 54).

[Const. anat.] Au bord antérieur du demi-tendineux, en arrière du droit interne et au bord postérieur du grand adducteur de la face interne de la cuisse existe au plan profond l'artère fémorale. Présence des ramifications de la branche cutanée du nerf obturateur et de la branche cutanée antérieur du nerf crural.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à 3 cun directement au-dessus du bord supérieur du condyle interne du fémur. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et de chaleur locaux pouvant se transmettre vers le bas.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, incontinence d'urine et de selles, énurésie, impuissance, spermatorrhée, hernie.

Fuxi

[Localisation] En dehors du Weishang, dans la dépression située au bord interne du biceps crural (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A l'extrémité inférieure du fémur, entre le

tendon du biceps crural et le vaste externe. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané postérieur de la cuisse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point en dehors du Weishang, à la dépression du bord interne du tendon du biceps crural et appliquer les méthodes de pression, de remuement et de tapotement (fig. 56). On peut faire la pression sur le tendon du biceps crural pour traiter les enfants.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension jusqu'à la partie externe du pied.

[Indications] Lombalgie et douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

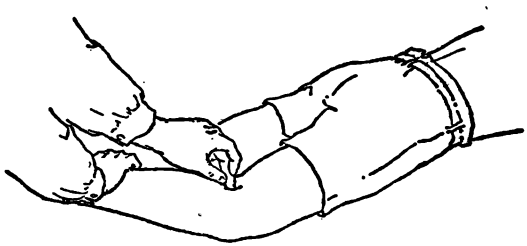


Fig. 56 Pression sur Fuxi

Weishang

[Localisation] A 1 cun directement au-dessus de Weizhong (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En arrière de l'articulation du genou, dans l'interstice entre le demi-tendineux et le biceps crural existent au plan profond le nerf sciatique poplité interne et les a. et v. popli-

tées. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané postérieur de la cuisse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point à 1 cun au-dessus du Weizhong. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et d'engourdissement jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Lombalgie, douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Woneishang

[Localisation] Entre les 2 tendons situés au-dessus de l'extrémité interne du pli transverse du creux poplité (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En arrière de l'articulation du genou, sur la tubérosité interne du fémur et entre les tendons du demi-tendineux et du demi-membraneux auxquels se ramifie le nerf grand sciatique. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané interne du nerf crural et le nerf cutané postérieur de la cuisse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point un peu au-dessus de l'extrémité interne du pli transverse du creux poplité, entre les tendons du demi-tendineux et du demi-membraneux. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Lombalgie et douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Weizhong

[Localisation] Au milieu du pli transverse du creux poplité (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En arrière de l'articulation du genou, entre les jumeaux interne et externe existent au plan profond les a. et v. poplitées et le nerf sciatique poplité interne. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané postérieur de la cuisse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point au milieu du pli transverse du creux poplité. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et d'engourdissement jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Lombalgie et douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Yangxia

[Localisations] A 0.5 cun au-dessous de l'extrémité externe du pli transverse du creux poplité (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En arrière de l'articulation du genou, au bord interne de la tête du péroné et au jumeau externe existe au plan profond le nerf sciatique poplité externe. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène péronier.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point à 0,5 cun au-dessous de l'extrémité externe du pli transverse du creux poplité. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Lombalgie et douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Weixia

[Localisation] A 1 cun directement au-dessous de Weizhong (voir fig. en couleurs).

[Const.anat.] En arrière de l'articulation du genou, dans l'interstice entre les jumeaux interne et externe existent les a. et v. poplitées et le nerf sciatique poplité interne. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané postérieur de la cuisse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, le point est situé à 1 cun au-dessous du Weizhong. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Lombalgie, douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Woneixia

[Localisation] A 0,5 cun au-dessous de l'extrémité interne du pli transverse du creux poplité (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En arrière de l'articulation du genou et au jumeau interne. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène interne et par le nerf cutané postérieur de la cuisse.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point à 0,5 cun au-dessous de l'extrémité interne du pli transverse du creux poplité, presser et remuer de dehors en dedans. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension jusqu'au pied.

[Indications] Lombalgie, douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Qixi

[Localisation] A 2 cun en dedans du milieu du bord supérieur de la rotule (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En dedans de l'extrémité inférieur du fémur, à l'insertion terminale du vaste interne existent la branche cutanée antérieure et des rameaux musculaires du nerf crural.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal avec genou fléchi, prendre le point en dedans de l'extrémité inférieure du fémur et à l'insertion inférieure du vaste interne. Presser vers le fémur avec force. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Binshang

[Localisation] Au bord supéro-externe de la rotule (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A la jonction de l'aileron externe et de la rotule existent au plan profond l'extrémité inférieure du fémur et la capsule articulaire du genou. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané antérieur de la cuisse.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise

ou en décubitus dorsal, prendre le point au bord supéro-externe de la rotule et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Endolorissement et distension du genou.

[Indications] Paralysie du membre inférieur et arthralgie du genou.

Binxia

[Localisation] Au beau milieu du bord inférieur de la rotule (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A l'insertion supérieure du ligament rotulien. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané antérieur de la cuisse et par le rameau rotulien du nerf saphène interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point au bord inférieur de la rotule et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement jusqu'à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Yinlingquan

[Localisation] Au bord inférieur du condyle interne du tibia (voir fig. 54).

[Const. anat.] Au plan profond existe le bord antérieur du jumeau interne. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dor-

sal ou en position assise, prendre le point au bord inférieur du condyle interne du tibia, dans la dépression située du côté interne du tibia. Les méthodes de pression, de remuement et du tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux se propageant à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, douleur abdominale.

Feiqian

[Localisation] Dans la dépression située au bord antérieur de la tête du péroné(voir fig. 55).

[Const. anat.] Au bord antérieur de la tête du péroné, entre le long péronier latéral et l'extenseur commun des orteils existent des branches de l'artère tibiale antérieure. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène péronier.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point au bord antérieur de la tête du péroné et appliquer les méthodes de pression et de tapotement.

[Réactions] Endolorissement et engourdissement locaux.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Yanglingquan

[Localisation] Au bord antéro-inférieur de la tête du péroné (voir fig. 55).

[Const. anat.] Au bord antéro-inférieur de la tête du péroné, entre le long péronier latéral et l'extenseur commun des orteils,

au point de division du nerf sciatique poplité externe en nerf péronier profond et nerf péronier superficiel existent des branches de l'artère tibiale antérieure et l'artère récurrente tibiale antérieure. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène péronier.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point au bord antéro-inférieur de la tête du péroné et appliquer les méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux s'irradiant au pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Feixia

[Localisation] Au bord inférieur de la tête du péroné (voir fig. 60).

[Const. anat.] Au bord inférieur de la tête du péroné et à l'extrémité supérieure du long péronier latéral passe le nerf sciatique poplité externe au plan profond.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou latéral, prendre le point dans la dépression située au-dessous de la tête du péroné. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement locaux se propageant en haut à la cuisse et en bas à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, névralgie sciatique.

Zusanli

[Localisation] A 3 cun au-dessous du Waixiyan (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A la jonction du quart supérieur et des trois quarts inférieurs du jambier antérieur existent le nerf péronier profond et l'artère tibiale antérieure. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène péronier.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal avec genou fléchi, prendre le point à 3 cun directement au-dessous du Waixiyan et à un travers de doigt en dehors de crête du tibia. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, douleur abdominale.

Sanlixia

[Localisation] A 1,5 cun au-dessous de Zusanli (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Dans l'interstice situé entre les segments moyen et supérieur du tibia d'un côté et ceux du péroné d'autre côté, et au bord externe du jambier antérieur existent l'artère tibiale antérieure et le nerf péronier profond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène péronier.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubius dorsal avec genou fléchi, prendre le point à 1,5 cun au-dessous du Zusanli et appliquer les méthodes de tapotement, de pression et de remuement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, douleur abdominale.

Fenglong

[Localisation] Au milieu de la ligne reliant la malléole externe à Waixiyan (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Entre le tibia et le péroné, au bord externe du jambier antérieur existent des branches de l'artère tibiale antérieure et du nerf péronier profond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène péronier.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point au milieu de la ligne unissant la malléole externe à la tubérosité du tibia et appliquer les méthodes de pression et de tapotement.

[Réactions] Engourdissement et distension de la jambe.

[Indications] Paralysie du membre inférieur (souvent indiqué à la période aiguë de la paralysie du nourrission).

Feizhong

[Localisation] A 6 cun directement au-dessous de Yangxia (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au point le plus proéminent du ventre du jumeau externe auquel se ramifie le nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène péronier.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point du côté externe du ventre du jumeau externe et presser de dehors en dedans avec les méthodes de pression

et de remuement. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux se propageant en bas à la plante du pied.

[Indications] Lombalgie et douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Jingzhong

[Localisation] En dedans du ventre du jumeau interne (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au point le plus proéminent du ventre du jumeau interne auquel se ramifie le nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène tibial.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point en dedans du ventre du jumeau interne et au niveau du Feizhong et presser de dedans en dehors avec force en appliquant les méthodes de pression et de remuemnt. On adopte aussi la méthode de tapotement.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension se propageant à la plante du pied.

[Indications] Lombalgie, douleur de la cuisse, paralysie du membre inférieur, arthralgie du genou.

Chengshan

[Localisation] Au milieu de la ligne unissant Weizhong au tendon d'Achille (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Présence du ventre du muscle gastrocnémien et de l'artère tibiale postérieure et du nerf tibial postérieur au plan profond. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène tibial.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point directement au-dessous du Weizhong dans une dépression située au sommet du caractère chinois " 人 " formé par le gastrocnémien lors de l'extension de la jambe. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension se propageant à la plante du pied.

[Indications] Névralgie sciatique, paralysie du membre inférieur.

Chengxia

[Localisation] A 1,5 cun au-dessous de Chengshan (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Présence des ventres du gastrocnémien et du soléaire, de l'artère tibiale postérieure et du nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène externe.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point à 1,5 cun au-dessous de Chengshan. Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension locaux se propageant vers le bas jusqu'à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, lombalgie et douleur de la cuisse.

Yinjiaoshang

[Localisation] A 4 cun directement au-dessus de la malléole interne (voir fig. 54).

[Const. anat.] Derrière le tibia, entre le soléaire et le fléchisseur commun des orteils existent l'artère tibiale postérieure et le nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à 1 cun au-dessus du Sanyinjiao, presser et remuer avec force vers le bord du tibia. La méthode du tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement locaux se propageant vers le bas jusqu'à la plante du pied et vers le haut à la cuisse.

[Indications] Indigestion infantile, fièvre élevée, syncope, diarrhée, paralysie du membre inférieur.

Sanyinjiao

[Localisation] A 3 cun au-dessus de la pointe de la malléole interne (voir fig. 54).

[Const. anat.] A la jonction du tiers moyen et du tiers inférieur de la face interne de la jambe et au bord antérieur du soléaire existent au plan profond l'artère tibiale postérieure et le nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à 3 cun au-dessus de la pointe de la malléole interne et au bord postérieur du tibia. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension se propageant à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, énurésie.

Xishang

[Localisation] A 1 cun au-dessus du Jiexi (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Entre les tendons de l'extenseur commun des orteils et le jambier antérieur et au-dessus du ligament annulaire antérieur de la jambe existent l'artère tibiale antérieure et le nerf péronier profond.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à 1 cun au-dessus du Jiexi et appliquer les méthodes de tapotement et de pression.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement jusqu' aux orteils.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, céphalée.

Jiexi

[Localisation] Au milieu du pli transverse en avant de l'articulation tibio-tarsienne et entre les deux tendons (fig. 57).

[Const. anat.] Au milieu et en avant de la ligne unissant la malléole interne à la malléole externe. Ce point est équivalent au bord supérieur du ligament annulaire antérieur du tarse et entre les tendons de l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil. Présence du nerf péronier profond et de l'artère pédieuse. La sensibilité cutanée est transmise par le nerf péronier superficiel.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point au milieu du pli transverse en avant de l'articulation tibio-tarsienne et entre les tendons

de l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil. Les méthodes de tapotement et de pression sont applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement jusqu'aux orteils.

[Indications] Paralysie du membre inférieur.

Fig. 57 Points du pied

Xuwai

[Localisation] Dans la dépression située directement au-dessous de la malléole externe (voir fig. 57).

[Const. anat.] Au bord antéro-inférieur de la malléole externe et en dehors du tendon de l'extenseur commun des orteils existent l'artère malléolaire externe, branche de l'artère tibiale antérieure. Présence des ramifications du nerf cutané externe du dos de pied, branche du nerf saphène externe.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point au bord inférieur de la

malléole externe et presser vers le côté interne avec force. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et de distension se propageant en haut à la jambe, en bas à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, céphalée, entorse de l'articulation tibio-tarsienne.

Jianwai

[Localisation] Dans la dépression située en arrière de la malléole externe (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Les tendons des long et court péroniers latéraux passent par la dépression située au-dessous de la pointe de la malléole externe. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène externe.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point en dehors du tendon d'Achille au niveau de la pointe de la malléole externe, presser et remuer énergiquement vers la pointe de la malléole externe. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, fièvre élevée des enfants, indigestion infantile, hernie, impuissance.

Jianshang

[Localisation] Au tendon d'Achille au niveau de la malléole externe (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] Au point de jonction du tiers moyen et du tiers inférieur du tendon d'Achille se ramifie l'artère tibiale pos-

térieure. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène externe.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point au centre du tendon d'Achille au niveau de la pointe de la malléole externe. Les méthodes de pression et de tapotement sont applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et de douleur se propageant à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, fièvre élevée des enfants, indigestion infantile.

Jiannei

[Localisation] Dans la dépression située en arrière de la malléole interne (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] En arrière de la malléole interne passent les tendons du fléchisseur commun des orteils et du fléchisseur propre du gros orteil, l'artère tibiale postérieure et le nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral ou dorsal, prendre le point à la dépression située en arrière de la pointe de la malléole interne. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement jusqu'à la plante du pied.

[Indications] Indigestion infantile, fièvre élevée des enfants, syncope, diarrhée, paralysie du membre inférieur, hernie, impuissance.

Genjian

[Localisation] A la tubérosité du calcanéum (voir fig. en couleurs).

[Const. anat.] A l'extrémité inférieure du tendon d'Achille et au calcanéum. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène externe.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral, prendre le point au milieu de la jonction du tendon d'Achille et de la tubérosité du calcanéum et appliquer les méthodes de pression et de tapotement.

[Réactions] Sensations de distension et de douleur à la plante du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, fièvre élevée des enfants, indigestion infantile.

Majin

[Localisation] Dans la dépression située en arrière et au-dessous de la malléole interne (voir fig. 54).

[Const. anat.] Au bord inférieur de la malléole interne et au-dessus du calcanéum passent l'artère tibiale postérieure et le nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à la dépression située en arrière et au-dessous de la pointe de la malléole interne. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement jusqu'à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, névralgie sciatique, incontinence d'urine et des selles, rhume.

Zhaohai

[Localisations] Dans la dépression située au-dessous de la malléole interne (voir fig. 54).

[Const. anat.] Au-dessous de la malléole interne et du ligament annulaire antérieur du tarse existent la branche malléolaire de l'artère tibiale postérieure et le nerf tibial postérieur. L'innervation cutanée est assurée par le nerf saphène interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à la dépression située au-dessous de la malléole interne. Les méthodes de pression, de remuement et de tapotement sont également applicables.

[Réactions] Sensations d'endolorissement et d'engourdissement se propageant en haut au genou et en bas à la pointe du pied.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, céphalée, rhume.

Xiaozhijian

[Localisation] Entre les 4e et 5e articulations métatarso-phalangiennes (voir fig. 57).

[Const. anat.] En dehors de la 4e articulation métatarso-phalangienne et en dedans de la 5e articulation métatarso-phalangienne existe la 4e artère interosseuse dorsale. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané médian du dos de pied, branche du nerf péronier superficiel.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point entre les 4e et 5e arti-

culations métatarso-phalangiennes et presser vers la 5e articulation métatarso-phalangienne avec force. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, d'engourdissement et de distension jusqu'à la face externe du membre inférieur, sensation de chaleur au corps entier en cas grave.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, céphalée.

Dazhijian

[Localisation] Entre les 1re et 2e articulations métatarso-phalangiennes (voir fig. 57).

[Const. anat.] En dehors de la 1re articulation métatarso-phalangienne et en dedans de la 2e articulation métatarso-phalangienne existent la 1re artère interosseuse dorsale et ses branches. L'innervation cutanée est assurée par le nerf cutané interne du dos du pied, branche du nerf péronier superficiel et par la branche terminale du nerf péronier profond.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point entre les 1re et 2e articulations métatarso-phalangiennes et presser vers la 1re articulation métatarso-phalangienne avec force. La méthode de tapotement est aussi applicable.

[Réactions] Sensations d'endolorissement, de distension et d'engourdissement se propageant à la face externe du membre inférieur, sensation de la chaleur à la tête ou au corps entier en cas grave.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, céphalée.

Zhiguan

[Localisation] Du côté interne de la 1re articulation métatarso-phalangienne (voir fig. 54).

[Const. anat.] Présence de l'artère plantaire interne à la face interne de la 1re articulation métatarso-phalangienne et au bord interne du tendon de l'abducteur du gros orteil auxquels se ramifie le nerf plantaire interne, branche du nerf tibial postérieur.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal ou en position assise, prendre le point à la face interne de la 1re articulation métatarso-phalangienne et procéder à la méthode de pincement.

[Réactions] Endolorissement et douleur locaux, chaleur généralisée.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, céphalée, rhume, épilepsie.

Jienei

[Localisation] Du côté interne de la 1re articulation tarso-métatarsienne (voir fig. 54).

[Const. anat.] Présence de l'artère dorsale interne du tarse, branche de l'artère pédieuse et des ramifications du nerf plantaire interne à la face interne de la 1re articulation tarso-métatarsienne et au bord interne du tendon du fléchisseur propre du gros orteil.

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre le point à la face interne de la 1re articulation tarso-métatarsienne et presser vers cette articulation avec force.

[Réactions] Distension et douleur locales.

[Indications] Céphalée, rhume, épilepsie.

Racines unguéales et articulations interphalangiennes

[Localisation] A la racine unguéale et aux plis de la face plantaire de chaque articulation interphalangienne (voir fig. 58).

[Const. anat.] Dans la racine de chaque ongle se ramifie le nerf collatéral plantaire et aux deux côtés de l'articulation interphalangienne existent les ligaments latéraux et les nerfs collatéraux plantaires.

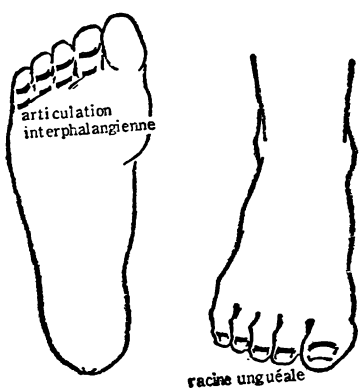


Fig. 58 Racines unguéales et articulations interphalangiennes

[Prise du point et manipulation] Malade en position assise ou en décubitus dorsal, prendre les points un peu au-dessus de chaque racine unguéale et à la face plantaire ainsi qu'aux deux côtés des 2^{e}, 3^{e}, 4^{e}, 5^{e} articulations interphalangiennes. Pincer chaque point 3-5 fois ou alternativement.

[Réactions] Douleur et chaleur locales, certains patients ont des sensations de la chaleur et de la distension à la tête.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, syncope, apoplexie cérébrale, vertige, régurgitation acide.

Guandi

[Localisation] Au milieu du bord inférieur du 1er métatarsien (voir fig. 57).

[Const. anat.] Présence du tendon du fléchisseur propre du gros orteil, du court fléchisseur du gros orteil et des ramifications des a. et n. plantaires internes.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus dorsal, prendre le point au milieu du bord inférieur du 1er métatarsien et procéder à la méthode de pression.

[Réactions] Distension et douleur locales.

[Indications] Paralysie du membre inférieur, céphalée, rhume, épilepsie.

Yongquan

[Localisation] Dans la dépression située au centre de la plante du pied (voir fig. 57).

[Const. anat.] Présence de l'aponévrose plantaire moyenne et du court fléchisseur plantaire. L'innervation cutanée est assurée par le nerf plantaire interne.

[Prise du point et manipulation] Malade en décubitus ventral ou dorsal, prendre le point à la dépression située à la jonction du tiers antérieur et du tiers moyen de la plante du pied (non compris la longueur des orteils). Les méthodes de tapotement, de pression et de remuement sont également applicables.

[Réactions] Endolorissement, distension et douleur locaux.
[Indications] Paralysie du membre inférieur.

2. Lignes de stimulation usuelles

Région	N° de la ligne	Trajet de la ligne
Membre supérieur	1	Partant de l'extrémité radiale du pli transverse antérieur du poignet, elle monte le long du bord radial de l'avant-bras, passe par l'éminence du long supinateur et se termine à l'extrémité radiale du pli transverse du coude (équivaut à une partie du trajet du méridien des Poumons Taiyin de la main, fig. 59)
	2	Elle naît au milieu du pli transverse antérieur du poignet, monte le long de la ligne médiane de l'avant-bras, passe par l'articulation du coude et le biceps brachial et se termine ensuite à la face antérieure de l'articulation de l'épaule (équivaut à une partie du trajet du méridien du Péricarde Jueyin de la main, fig. 59)
	3	Débutant de l'extrémité cubitale du pli transverse antérieur du poignet, elle suit le bord cubital de la face antérieure de l'avant-bras, passe par le côté antéro-interne du coude et prend fin à l'extrémité du pli axillaire antérieur (équivaut à une partie du trajet du méridien du Cœur Shaoyin de la main. fig 59)
	4	Elle commence à l'extrémité cubitale du pli transverse postérieur du poignet. suit le bord cubital de l'avant-bras, passe derrière l'articulation du coude, puis longe le bord cubital du bras et se termine à l'extrémité du pli axillaire postérieur (équivaut à une partie du trajet du méridien de l'Intestin grêle Taiyang de la main, fig. 60)

(suite)

Région	N° de la ligne	Trajet de la ligne
Membre supérieur	5	Partant de la face dorsale des 2e, 3e, 4e et 5e articulations métacarpo-phalangiennes, elle suit les quatre tendons de l'extenseur commun des doigts, passe par le milieu de la face dorsale du poignet, monte le long de l'éminence de l'extenseur commun des doigts et prend fin à l'articulation du coude (équivaut à une partie du trajet du méridien des Trois Réchauffeurs Shaoyang de la main, fig 60)
	6	Débutant de l'extrémité radiale du pli transverse postérieur du poignet. elle monte en suivant le bord radial de l'avant-bras et du coude, puis longe l'interstice entre le biceps brachial et le triceps brachial et se termine à l'acromion (équivaut à une partie du trajet du méridien du Gros Intestin Yangming de la main, fig. 60)
Dos	1	Commençant au bord postérieur de la chevelure, elle descend de là en longeant les deux côtés de la colonne vertébrale (à 1-2 cun en dehors de celle-ci) et atteint enfin les deux côtés de la jointure lombo-sacrée (équivaut à la 1re branche collatérale de la nuque et du dos du trajet du méridien de la Vessie Taiyang du pied, fig. 60)
	2	Partant des deux côtés de la 1re vertèbre dorsale, elle suit les deux côtés de la colonne vertébrale (à 3 cun en dehors de celle-ci) et se termine au bord supérieur du sacrum (équivaut à la 2e branche collatérale du dos du trajet du méridien de la Vessie Taiyang du pied, fig. 60)

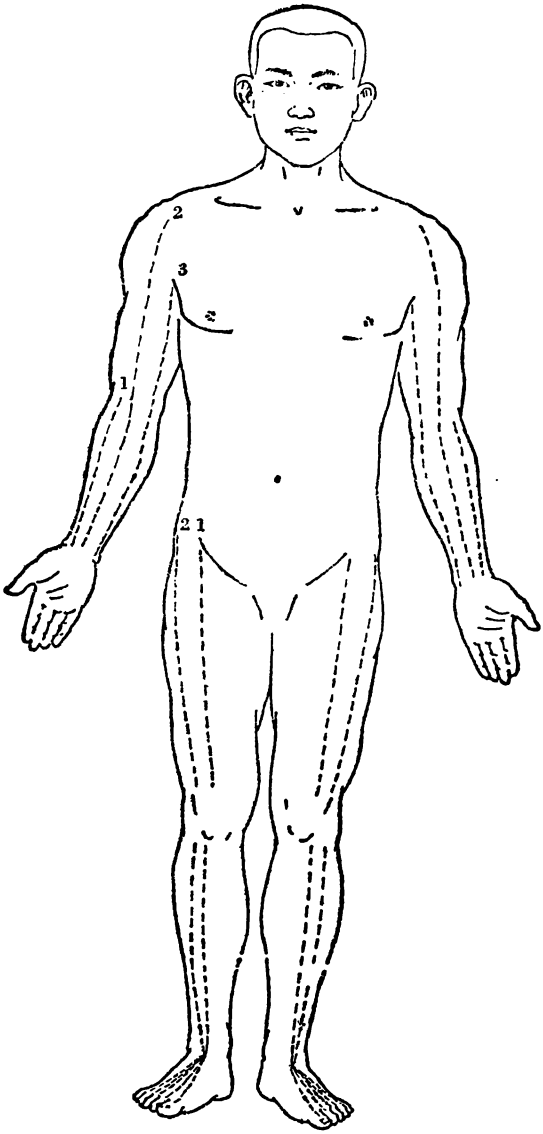


Fig. 59 Lignes de stimulation usuelles (face antérieure)

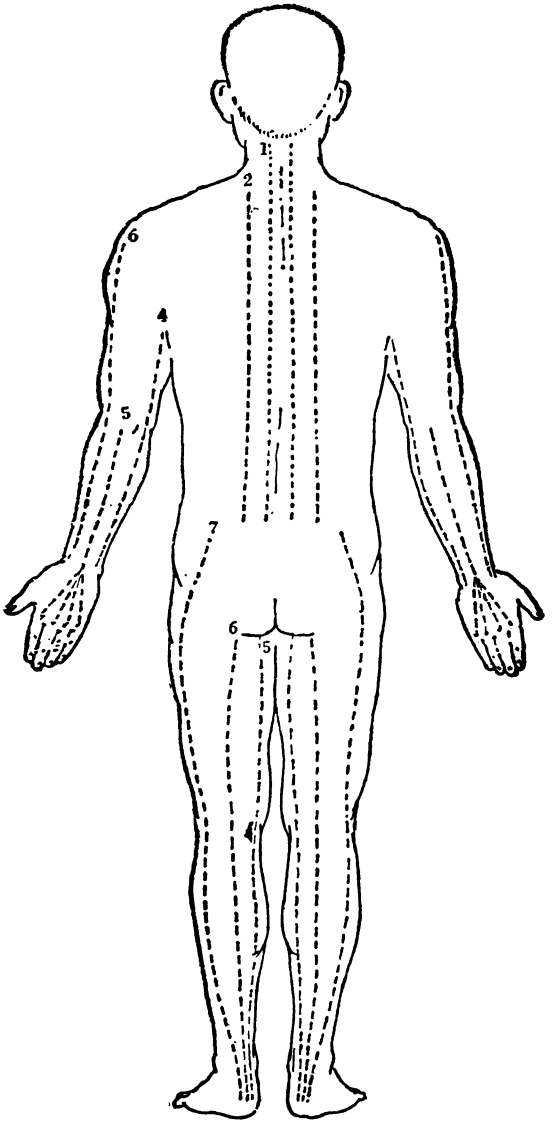


Fig. 60 Lignes de stimulation usuelles (face postérieure)

(Suite)

Région	N° de la ligne	Trajet de la ligne
Membre inférieur	1	Elle naît en avant de l'articulation tibio-tarsienne. suit l'éminence du jambier antérieur. passe par le côté externe de la rotule, monte le long de l'éminence du droit antérieur et prend fin au bord inférieur de l'épine iliaque antéro-supérieure (équivaut à une partie du trajet du méridien de l'Estomac Yangming du pied, fig. 59).
	2	Débutant de la face dorsale des cinq articulations métatarso-phalangiennes, elle suit le tendon de l'extenseur de chaque orteil, passe par l'articulation tibio-tarsienne, puis longe le bord externe du jambier antérieur, le côté externe de l'articulation du genou et l'éminence du vaste externe, atteint enfin la dépression située en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure (équivaut à une partie du trajet du méridien de 1 a Vésicule biliaire Shaoyang du pied, fig. 59)
	3	Elle commence du côté interne de l'insertion terminale du tendon d'Achille, longe l'éminence du jumeau interne, passe par les condyles internes de l'articulation du genou, suit l'éminence du droit interne et se termine à son insertion d'origine (équivaut à une partie du trajet du méridien des Reins Shaoyin du pied, fig. 61)
	4	Elle naît dans la dépression située en arrière de la malléole interne, monte en longeant l'interstice entre le tibia et le gastrocnémien, passe par les condyles internes de l'articulation du genou et se divise en deux branches, une suit l'éminence du couturier et se termine au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre longe l'éminence du grand ad-

(Suite)

Région	N° de la ligne	Trajet de la ligne
Membre inférieur		ducteur et atteint enfin le pli inguinal (équivaut à une partie des trajets des méridiens du Foie Jueyin du pied et de la Rate Taiyin du pied, fig. 61)
	5	Partant de l'insertion du tendon d'Achille, elle suit l'éminence du jumeau interne, passe par l'extrémité interne du pli transverse du creux poplité, monte en longeant l'éminence du demi-membraneux et se termine à la tubérosité ischiatique (équivaut à une partie du trajet du méridien de la Vessie Taiyang du pied, voir fig. 60)
	6	Débutant de l'insertion du tendon d'Achille, elle longe la ligne médiane du gastrocnémien, passe par le creux poplité, suit l'interstice entre le demi-tendineux et le demi-membraneux d'un côté et le biceps crural de l'autre et arrive enfin à la tubérosité ischiatique (équivaut à une partie du trajet du méridien de la Vessie Taiyang du pied, fig. 60)
	7	Elle commence du côté externe du tendon d'Achille, suit l'éminence du jumeau externe, arrive à l'extrémité externe du pli transverse du creux poplité, passant par l'éminence du biceps crural et le bord supérieur du grand trochanter et se termine à l'épine iliaque postéro-supérieure (voir fig. 60)
	8	Elle naît à la malléole externe, suit l'éminence du long péronier latéral, monte en avant et au-dessous de la tête du péroné, passe par le bord externe de la rotule, suit le bord externe du vaste externe et se termine au milieu de la crête iliaque (équivaut à une partie du trajet du méridien de la Vésicule biliaire Shaoyang du pied, fig. 62)

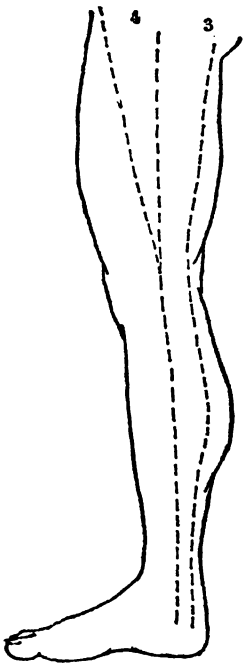


Fig. 61 Lignes de stimulation de la face interne du membre inférieur

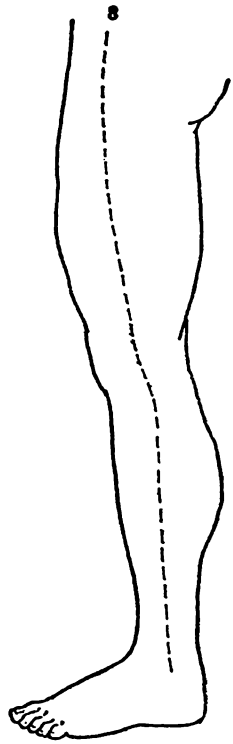


Fig. 62 Lignes de stimulation de la face externe du membre inférieur

IV. Applications cliniques du traitement par pression sur des points

1. Paralysies

Les paralysies les plus rencontrées en clinique sont poliomyélite antérieure, séquelles d'encéphalites, paralysie de type encéphalique, paraplégie, hémiplégie, polynévrite, paralysie faciale, lésions des nerfs périphériques, contusion du cerveau, etc. En raison des points communs dans le traitement des affections susmentionnées, c'est pourquoi les procédés thérapeutiques (le traitement routinier) les plus usuels sont comme suit:

(1) Tech. manipulatoire préparatoire:

Dans les cas de paralysie du membre supérieur, pincer la racine unguéale des doigts et les articulations interphalangiennes des doigts; dans les cas de paralysie du membre inférieur, pincer la racine unguéale des orteils et les articulations interphalangiennes des orteils. Effectuer respectivement le pincement 3-5 fois.

(2) Tech. manipulatoire de traitement:

1) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation, dans les cas de paralysie du membre supérieur, ce tapotement agit principalement sur les lignes 2, 3, 5, 6 du membre supérieur; dans les cas de paralysie du membre inférieur, principalement sur les lignes 1, 2, 4, 5, 7 du membre inférieur. En rencontrant des points, la manipulation est un peu forte. Elle se fait encore plus fort, si ce

sont des points principaux. Les reprises de tapotement doivent être nombreuses. Les points principaux usuels du membre supérieur consistent en Hejian, Quchi, Jihui, Biwai, Zhounei, Binei; ceux du membre inférieur consistent en Majin, Feizhong, Jingzhong, Fuxi, Yangxia, Qixi, Quwai, Tunwai, Yaoyan, Qiahou.

2) Au membre atteint, choisir 3-5 points de réaction sensible pour l'endolorissement et la paresthésie, pratiquer 3-5 fois les méthodes de pression forte, de remuement, ou de tournement. En général, si le patient ressent la paresthésie et la chaleur, alors le résultat s'avère bon. Les points usuels du membre supérieur consistent en Hejian, Wenshang, Zhima, Gangzhong, Jubi, Suoao; ceux du membre inférieur consistent en Yaoyan Tunwai, Weishang, Weizhong, Feixa, Gouzhong, Yinlingquan, Majin.

3) Dans le cas où le membre atteint ne peut pas se contracter, il permet d'employer la méthode de pincement et de la pratiquer continuellement avec une force croissante sur la racine unguéale (doigt ou orteil) et les articulations interphalangiennes (doigt ou orteil) du membre atteint. En employant la méthode de pression forte, les points du membre supérieur consistent en Hejian, Zhangjian, Zhigen, Zhounei, Jihui, Zhouxia; les points du membre inférieur consistent en Fenglong, Genjian, Feizhong, Jingzhong, Yangxia, Woneixia (à chaque séance choisir 2-3 points). En se servant des deux manipulations susmentionnées pour le traitement, il est bon que le membre atteint se contracte.

4) Dans le cas de paralysie du membre supérieur, employer la manipulation relativement forte pour presser sur les lignes de stimulation de la région dorsale; dans le cas de paralysie du mem-

bre inférieur, presser sur les lignes de stimulation de la région lombaire en utilisant la manipulation precitée.

5) Dans les cas de constitution faible, d'inappétence et de myatrophie, taper le thorax et l'abdomen.

6) Dans les cas de déformations, corriger les déformations par la méthode de correction selon les différentes déformations.

(3) Manœuvre de détente:

Tapotement léger sur les lignes de stimulation [voir technique manipulatoire de traitement 1)] 2-3 fois.

Poliomyélite antérieure

[Etiologie] La poliomyélite antérieure est une maladie infectieuse aiguë due au virus de poliomyélite antérieure. Elle se voit surtout chez les enfants, et la paralysie flasque survient à une partie de pateints, ainsi encore appelée paralysie infantile. Cette affection relève de "Wei Zheng (débilité atrophique)" de la médecine traditionnelle chinoise. Elle est causée par le vent, l'humidité, la chaleur-perverse envahissant les deux méridiens des Poumons et de l'Estomac.

[Symptômes] A la période aiguë, il existe de divers degrés de fièvre et des symptômes gastro-intestinaux et respiratoires. Après la régression de la fièvre, il présente des paralysies irrégulières et asymétriques des membres. Les paralysies sont flasques. En général, les membres inférieurs sont les plus atteints, les paralysies se caractérisent par mollesse, finesse, froideur, déformation, etc, mais sans trouble de la sensibilité. Dans la période précoce, le réflexe tendineux peut être exagéré; dans la période tardive, il peut être diminué ou aboli. Les déformations de membre se voient:

pied bot valgus, pied bot varus, pied bot talus, pied creux, pied tombant, hyperextension du genou, contracture du genou en flexion, contracture de la hanche, relâchement de la hanche, etc.

[Diagnostic] Le diagnostic est fait selon la combinaison de la saison qui sévit avec la fièvre, la diarrhée, le vomissement, les paralysies. Prêter attention à ce que le diagnostic différentiel se pose avec l'encéphalite du type B.

[Traitement] Tonifier l'énergie et le sang, vivifier les méridiens.

Pression sur des points: Traiter par la routine, en prêtant attention aux points suivants:

(1) A la période aiguë et de récupération, pratiquer la méthode de pincement prolongé avec une force croissante. Pincer la racine unguéale (doigt ou orteil) et les articulations interphalangiennes (doigt ou orteil) des membres atteints. Le temps de pratique pour cette méthode doit être un peu long; pour les points des muscles paralysés et ceux de ses entourages, la manipulation de tapotement sur les points doit être relativement forte et la fréquence relativement nombreuse.

(2) Chez les patients atteints de séquelles, au moment de remuement et de tournement des points des membres atteints, la fréquence doit être relativement nombreuse jusqu'à ce que le membres atteint ressentisse la brûlure.

(3) En cas de refroidissement des membres atteints. Pour le membre supérieur, presser sur Suoao, tapoter sur les deux côtés de l'épaule avec les cinq doigts; pour le membre inférieur, presser sur Gouzhong, Gunei, tapoter sur les lombes avec les cinq doigts, pincer le tendon d'Achille, presser et tapoter sur la ligne de paresthésie et de chaleur qui descend en bas.

(4) La méthode de traitement des diverses déformations:

1) Pied bot valgus: Remuer continuellement Yinjiaoshang, Jingzhong, Yinglingquan, tapoter fort sur la ligne de stimulation interne de la jambe.

2) Pied bot varus: Remuer continuellement Feixia, Fenglong, Sanlixia, tapoter fort sur la ligne de stimulation externe de la jambe en association avec la méthode de pression forte sur le dos du pied. Dans les cas graves de la déformation, pratiquer la correction en fixant le pied avec la toile métallique.

3) Pied bot talus, pied creux: Pratiquer la correction en utilisant la méthode de pression forte sur le dos du pied. Dans le cas du pied bot talus, tapoter fort sur la ligne de stimulation postéro-externe de la jambe; dans le cas du pied creux, tapoter fort sur le dos du pied et la ligne de stimulation externe de la jambe.

4) Pied tombant: Remuer Xishang, Zusanli, Sanlixia, Fenglong, Chengshan, Chengxia, Genjian. Pratiquer la correction en utilisant la méthode de pression sur le genou pour le redressement du pied ou la méthode de refoulement du pied avec fixation du genou pour le redressement du pied. Tapoter fort sur la ligne de stimulation externe du pied.

5) Hyperextension du genou: Lorsqu'elle est causée principalement par les fléchisseurs, il convient de tapoter fort sur la ligne de stimulation des fléchisseurs, de remuer Weizhong, Weishang, Fuxie; lorsqu'elle est causée principalement par les muscles de la partie antérieure de la cuisse, il convient de tapoter fort sur la ligne de stimulation de la partie antérieure de la cuisse et en même temps de remuer Qianjixia, Guzhong, Qixi, Qitui, Gunei; dans les cas de paralysies relativement graves des muscles antérieurs et

postérieurs de la jambe, il convient de les traiter en même temps; dans les cas de déformations graves, pour pratiquer la correction, utiliser la ceinture de caoutchouc comme fixation.

6) Contracture en flexion du genou: Pratiquer la correction par la méthode de rectification du genou. Tapoter fort sur la ligne de stimulation de la partie antérieure de la cuisse, remuer les lignes de stimulation des parties antérieure et interne de la cuisse.

7) Contracture de la hanche: Presser fort sur la région fessière pour réaliser la correction. Remuer la ligne de stimulation de la partie externe de la cuisse, tapoter fort sur les lignes de stimulation des parties antérieure et interne de la cuisse.

8) Relâchement de la hanche: Tapoter fort sur la ligne de stimulation de la fesse et sur celle de stimulation de la partie interne de la cuisse, ainsi que sur Jizhong, Qidao, Tunwai Gouzhong.

Autres traitements: A toutes les périodes de l'affection, on peut traiter le patient en association avec le traitement par acupuncture. A la période aiguë, le patient peut y associer le traitement par vaporisation et lavage aux plantes médicinales chinoises. Les membres de la famille doivent persister dans le martèlement du membre atteint du patient: pour le membre supérieur, marteler particulièrement l'épaule, la région scapulaire et la partie externe du coude; pour le membre inférieur, marteler particulièrement la région fessière, le creux poplité et le tendon d'Achille (partie postérieure), et particulièrement l'extrémité supérieure du fémur, la limite supérieure du genou, la limite inféro-externe du genou, la région sous-inguinale (partie antérieure) et la partie antérieure du cou-de-pied. Marteler 2-3 fois par jour, 200-300 coups par fois. Dans les cas d'association de déformation, on doit persister

dans la correction. Selon l'état paralytique du membre atteint, le patient doit faire l'exercice fonctionnel de ce qu'il est à sa portée, tel que grimpade, mise en position assise, marche en supportant des objets, debout en supportant des objets, marche avec béquilles, debout sans support, marche sans béquilles, saut à cloche-pied, redressement, etc.

[Efficacité] A la période aiguë, en général, après la fièvre élevée, lorsque l'affection entre dans la période paralytique ou dans la période préparalytique, on peut commencer à pratiquer le traitement (à l'exception de certains muscles ayant douleurs évidentes à la pression). Le traitement par tapotement sur des points pendant la période aiguë et la période de récupération donne de bons résultats. Bien que l'effet soit relativement lent pendant la période des séquelles, tant que le patient persévère dans le traitement pendant un temps relativement long, il obtiendra de même un bon résultat.

[Observations]

Cas 1. Garçon Wang, 5 ans, habite au village Dong Dao, canton Gong Jia Tun, district Laiyang. Il y a un mois, il a été atteint de fièvre pendant 3 jours, au 4^{e} jour, après la régression de la fièvre, on a découvert que ses deux membres inférieurs étaient paralysés et mous, et que l'enfant ne pouvait pas se tenir debout. Dans la matinée du jour même, ses membres inférieurs ne pouvaient pas non plus bouger, la voix devenait muette en pleurant, l'enfant ne pouvait pas s'asseoir, la tête roulait sur l'épaule. L'hôpital local lui a posé le diagnostic de paralysie infantile. Après un mois de traitement d'hospitalisation, la maladie n'est pas encore guérie, le malade a été transféré à un autre hôpital de Qingdao pour subir un examen pédiatrique. On lui a aussi

fait le diagnostic de paralysie infantile. Enfin, il est admis à notre hôpital, le 7 juillet 1970.

Avant le traitement, le patient pleurait sans bruit en esprit éveillé, le cou était mou et pouvait se mouvoir, les quatre membres étaient en paralysie flasque, la tonicité musculaire s'abaissait, les réflexes bicipital, tricipital, rotulien, abdominal étaient abolis, le réflexe crémastérien faible, il ne pouvait ni s'asseoir, ni se tourner dans son lit.

Après 10 séances de traitement, il peut s'asseoir indépendamment, pleure avec bruit et peut saisir des jouets avec la main. Deux mois plus tard, l'enfant peut marcher librement en s'appuyant sur des objets. Quatre mois plus tard (après une centaine de séances), il restaure quasi sa santé.

Cas 2. Garçon Hu, 3 ans, habite au village Bei Long Kou, canton Sha Zi Kou, district Laoshan, atteint de poliomyélite antérieure. Avant le traitement, il s'agissait de tétraplégie complète. Après le traitement par pression sur des points, la maladie guérit.

Séquelles d'encéphalites

[Etiologie] Elles surviennent à l'occasion d'encéphalite type B, de méningite ou à la suite de la complication d'encéphalite de rougeole, de scarlatine, de dysenterie toxique ou d'autres maladies infectieuses. En médecine traditionnelle chinoise, on considère que les séquelles d'encéphalites sont dues à l'envahissement par la chaleur, l'humidité et l'énergie perverse.

[Symptômes] Ses symptômes sont relativement compliqués, En général, ils se traduisent par la mentalité anormale, l'état figé du faciès, la dépression, la torpeur ou l'excitation mentale, l'agitation, le ralentissenment intellectuel ou la perte intellectuelle, la

dysphagie, l'aphasie, la cécité, la surdité, la difficulté de l'émission des mots, les diminutions de l'acuité visuelle et de l'acuité auditive. Les paralysies des membres sont en général spasmodiques et déterminent une démarche en ciseaux. Si la tétraplégie associe à la paralysie du cou, l'opisthotonos ou l'ataxie peut apparaître, les accès d'épilepsie généralisée ou d'épilepsie localisée peuvent aussi surgir.

[Diagnostic] Selon l'anamnèse et les symptômes, on peut établir le diagnostic. Mais il faut prêter attention au caractère du membre paralysé et à la coexistence ou non de l'épilepsie.

[Traitement] Tonifier le cerveau, ressusciter, activer la circulation sanguine.

Pression sur des points: Dans les cas de paralysies des membres, on peut les traiter selon la routine en prêtant attention à:

(1) Lors du pincement de la racine unguéale (doigt ou orteil) et des articulations interphalangiennes (doigt ou orteil), en général, pincer fort 5-10 fois avec rythme. En cas de complication de déformation, la contracture en adduction de la hanche est traitée par l'écartement de la hanche, la correction des autres déformations est similaire à celle de la poliomyélité antérieure.

(2) Presser fort sur Yifeng, Chuigen, Pingjian, Bige, Tinggong, Fengchi, Yixia, Renying; comprimer l'occiput, la nuque (le long des deux lignes de stimulation situées à 1 cun et à 2 cun en dehors des deux côtés du rachis cervical qui s'étend de la protubérance occipitale externe à C_7), les deux côtés du crâne (zone du temporal située au-dessus du sommet de l'auricule).

(3) Percuter la tête le long des grandes sutures du crâne. Dans le cas de paralysie unilatérale, percuter principalement le

côté opposé de la tête. Au cours de la percussion, la manipulation doit être un peu forte.

(4) Tapoter sur les lignes de stimulation des deux côtés des vertèbres cervicales et dorsales 3-5 fois avec la manipulation relativement forte, puis remuer 2-3 fois de haut en bas.

(5) Dans les cas de cécité, presser sur Yishang, Neizi, Neizishang, Fuming, Chishang; dans les cas de surdité, presser sur Yifeng, Tinggong; dans les cas de la protrusion de la langue, presser sur Kedi, Gedi, Gejiao; dans les cas de la rigidité du cou, presser sur et remuer Fengchi, Jinghou et les vertèbres cervicales et dorsales avec les deux lignes de stimulation paravertébrales, pratiquer le mouvement passif de flexion du cou, remuer l'espace intercostal; dans les cas du cou mou, remuer les deux côtés du rachis dorsal; dans les cas de la paralysie faciale, traiter selon la thérapeutique pour la paralysie faciale; dans les cas de dysphagie, presser sur Tiantu, pincer le sterno-cléido-mastoïdien; dans les cas d'agitation, percuter le long des grandes sutures du crâne avec la manipulation forte, presser sur Yifeng, Yishang, Chuigen, tapoter fort sur les lignes de stimulation des deux côtés des vertèbres cervicales et dorsales.

Autres traitements: On peut y associer l'acupuncture somatique ou la craniopuncture. Au cours du traitement: persévérer dans les mouvements actifs et passifs du membre malade, soulever le membre inférieur, réaliser la flexion, l'adduction et l'abduction de la cuisse, l'extension et la flexion de la jambe, exécuter l'adduction, l'abduction, la flexion, l'extension et le soulèvement du bras, accomplir les mouvements d'extension du coude et du poignet Dans les cas d'hémiplégie, on doit prêter de l'importance à l'exercice du membre supérieur. Chez les enfants malades, on enveloppe

la main saine dans un morceau d'étoffe, en vue de l'exiger à saisir et prendre des objets avec le membre malade. Chez les patients atteints de rigidité du cou, on doit réaliser les mouvements de flexion passive du cou.

Les patients atteints de dysphagie doivent faire l'exercice de déglutition. Suivant les conditions variées et le goût du patient, on doit le faire prendre de la diète liquide ou semi-liquide, persister à aider le patient à ouvrir petit à petit la bouche pour prendre des aliments. Après le traitement, en général, les patients aiment à prendre la pomme, il convient de la leur donner à manger après le repas.

Les idiots s'accompagnent souvent de l'aphasie. Lorsque leur intelligence commence à s'améliorer, on doit commencer à les faire entraîner le langage et l'intelligence par de simples paroles. Par exemple on appelle le nom du patient pour engendrer son évocation; dans les cas de difficulté de prononciation, on peut faire la démonstration par l'ouverture de la bouche, le faire exercer progressivement la prononciation. Même si le patient fait de minces progrès, il convient de l'encourager. A part, on doit amener les enfants à s'amuser aux lieux animés et les fait amuser par divers modes.

[Efficacité] Le traitement des séquelles d'encéphalites par pression sur des points donne de bons résultats pour les cas récents (moins de 1 année), de résultats médiocres pour les cas prolongés et les petits malades (au-dessous de 3 ans). Le traitement par pression sur des points n'est pas indiqué pour les cas associés d'épilepsie.

[Observation] Fille Zhou, 12 ans, habite au village Jin Jia Wang, canton Ao Shan Wei, district Jimo. Atteinte des séquelles

d'encéphalite. Avant le traitement: tétraplégie et protrusion de la langue; après le traitement par pression sur des points, ces symptômes récupèrent normaux.

Paralysie du type encéphalique

[Etiologie] En médecine traditionnelle chinoise, on désigne la paralysie encéphalique sous le nom de "Wu Chi[1]" et "Wu Ruan[2]". Elle est due souvent au traumatisme du système nerveux avant, au cours de ou après la naissance. Avant la parturition, les causes sont infection, anoxie, apoplexie, faiblesse chez la mère ou multipare (dernier accouchement) etc.; au cours de la parturition, les causes sont asphyxie du nouveau-né, traumatisme de la parturition, etc.; les causes de post-parturition sont traumatisme, infection, accidents des troubles vasculaires encéphaliques, anoxie, etc., tous peuvent provoquer les symptômes à intensités variées de la paralysie cérébro-spinale.

[Symptômes] Les manifestations cliniques de la paralysie infantile cérébrale sont en général identiques à celles des séquelles de l'encéphalite.

[Traitement] De même que celui des séquelles d'encéphalites.

[Efficacité] L'effet est relativement bon dans le cas où l'intellect existe, et le caractère de paralysie relève du type d'ataxie et du type mixte; il est moins bon dans le cas où l'intellect est faible, et le caractère de paralysie relève du type de rigidité unique.

---

1. Wu Chi (Cinq retards): Un nom collectif pour les cinq signes représentant les développements retards d'un enfant, à savoir retards dans la mise en debout, la marche, la croissance des cheveux, la croissance des dents et la parole

2. Wu Ruan (Cinq mous): Un nom collectif pour les cinq symptômes complexes chez l'enfant, à savoir mou de la tête, mou du cou, mou des bras et des jambes, mou des muscles et mou de la bouche.

[Observation] Garçon Chen, 7 ans, habite au village Xu Jia Shi Liang, canton Cheng Guan, district Yishui. L'enfant était à terme et à accouchement normal, 4 jours après la naissance, il était atteint de fièvre élevée avec convulsion. La guérison s'est faite après le traitement, mais le développement est ralenti. L'enfant ne pouvait que s'asseoir à l'âge de 2 ans et faire des pas à courte distance en s'appuyant sur des objets à l'âge de 7 ans. Lorsqu'il se tenait debout en s'appuyant sur des objets, ses pieds présentaient des démarches en ciseaux, les pointes des pieds étaient tombantes. Le 25 mai 1973, il est entré à notre hôpital pour subir le traitement. On lui a posé le diagnostic de paralysie encéphalique.

Avant le traitement, l'enfant malade pouvait prononcer des syllabes simples, avait la capacité de comprendre le langage, mouvait ses membres supérieurs maladroitement, le tonus musculaire des membres inférieurs augmenté, le réflexe tendineux exagéré, les articulations de la hanche et du genou bilatérales fléchies et contracturées, les pieds gravement tombés et présentaient des démarches en ciseaux.

Après le traitement, lors de la 10e séance, l'enfant peut faire indépendamment une vingtaine de pas, son talon s'appuie presque sur terre en position debout. Après 2 mois de traitement, il peut faire deux centaines de pas. Après 4 mois de traitement (une séance par jour ou une séance tous les 2 jours), les mouvements des

membres supérieurs redeviennent les mêmes que ceux de l'homme sain, les démarches en ciseaux des membres inférieurs ont été corrigées, le petit malade est capable de marcher à longue distance, mais il reste encore maladroit dans la marche. Hospitalisé de nouveau le 8 avril 1974.

Encore au bout de 4 mois de traitement, il marche plus adroitement qu'auparavant.

Polynévrite

[Etiologie] Cette affection, due souvent aux infections, traumatisme, intoxication, malnutrition, troubles de métabolisme, se voit dans les infections de virus et de bactéries telles que grippe, parotidite, diphtérie, typhoïde, lupus, etc., dans l'intoxication des matières organiques telles que plomb, arsenic, bisulphure de carbone, alcool, etc., dans l'intoxication médicamenteuse telles que sulfamidés, furaciline qui envahissent souvent les nerfs. Dans la médecine traditionnelle chinoise, elle relève de "Bi Zheng (syndrome de blocage)" et "Wei Zheng (débilité atrophique)". Elle est causée par l'humidité qui coule dans les membres, par l'obstruction des méridiens, par la stase de l'énergie et du sang.

[Symptômes] Les caractéristiques de cette maladie sont les troubles de la sensibilité symétrique des extrémités distales des membres avec paralysie flasque et trouble de la fonction nutritionnelle. Au début, les mains et pieds présentent le gonflement, l'engourdissement ou la douleur et la sensation de fourmillement, puis cette paresthésie se développe graduellement vers le tronc. La sensibilité des extrémités distales des membres est diminuée voire même abolie, les mouvements sont adynamiques, les muscles s'atrophient, le poignet tombant ou le pied tombant apparaît. La peau peut présenter la froideur, le lisse, la minceur ou la sécheresse et la

fissure, l'hyperhidrose ou l'anidrose. Dans le cas grave, apparaissent les atteintes des muscles respirateurs, qui se traduisent par la dyspnée d'intensité variée.

[Diagnostic] Il n'est pas difficile de faire le diagnostic, selon le trouble de la sensibilité symétrique de l'extrémité distale des membres, les troubles moteurs et l'abolition du réflexe tendineux. Mais il faut distinguer la polynévrite de la poliomyélite antérieure.

[Traitement] Circuler l'énergie et activer la circulation sanguine, drainer les méridiens et les vaisseaux Luo.

Pression sur des points: Effectuer ce traitement par routine. Dans le cas de paralysie des muscles du cou, presser fort sur et remuer Jinghou, Fengchi, Chishang et la ligne de stimulation du cou, ainsi que pétrir les muscles sterno-cléido-mastoïdiens des deux côtés avec le pouce et l'index.

Autres traitements: La combinaison de la pression sur des points avec la médication et l'acupuncture. Le patient et la famille doivent faire la collaboration dans le traitement (voir poliomyélite antérieure).

[Efficacité] D'après les observations cliniques, le traitement de pression sur des points pour la polynévrite donne généralement de bons résultats. Mais dans les cas graves d'atteintes des muscles respirateurs, de dyspnée, on ne doit pas les traiter par la pression sur des points, mais leur accorder à temps des soins intensifs.

[Observations]

Cas 1. Fille Zhang, 4 ans, habite au village Zhang Jia Xia Zhuang, canton Zhong Wan, district Laoshan. L'enfant malade est atteinte de paralysie progressive des quatre membres, de troubles de la sensibilité des extrémités. Un hôpital de Qingdao lui a posé le diagnostic de polynévrite. Un mois plus tard, on l'a amené à notre hôpital. Avant le traitement, la patiente ne pouvait pas se

tenir debout, non plus marcher même qu'on la soutenait, ses membres supérieurs en asthénie, la sensibilité ralentie des extrémités. Après 34 séances de traitement par pression sur des points, la fille est rétablie fondamentalement.

Cas 2. Fille Wu, 4 ans, habite N° 18, Zhong Xing Lu, quartier Zhong Kou, Qingdao, atteinte de polynévrite. Avant le traitement, les quatre membres étaient paralysés. Après le traitement par pression sur des points, la malade est rétablie fondamentalement.

Hémiplégie

[Etiologie] En clinique, plusieurs affections peuvent compliquer l'hémiplégie. Parmi lesquelles, les troubles vasculaires encéphaliques (par exemple, apoplexie, thrombose cérébrale, embolie cérébrale, spasmes artériels cérébraux) sont des accidents neurologiques les plus souvent rencontrés. Dans la médecine traditionnelle chinoise, on constate que l'hémiplégie est due souvent au déséquilibre du Ying et du Yang des Zhang-Fu (entrailles et viscères), à la tristesse-angoisse et la colère provoquant la prédominance de l'excès du Yang du foie ou à l'abus du vin et d'aliments qui se transforment en crachat et chaleur causant Nei Feng (vent interne) ou ordinairement à l'insuffisance de l'énergie et du sang.

[Symptômes] L'hémipliégie due aux accidents vasculaires encéphaliques, comporte en général des antécédents de l'hypertension artérielle, de l'athérosclérose, survient brusquement ou en accès progressivement lors du repos au lit. Le patient ressent les troubles moteurs ou les troubles de la sensibilité des membres d'un côté accompagnés en même temps de la déviation conjuguée

de la bouche et de l'œil, de l'écoulement de la salive et du trouble de l'émission des mots ou de l'aphasie. En général, le membre malade se traduit par la paralysie spasmodique, mais au début de la maladie, en un laps de temps, il se manifeste par la paralysie flasque.

[Traitement] Dégager les méridiens et vivifier les vaisseaux Luo. Après le traitement clinique et lorsque le facteur pathogène primitif est éliminé, que l'état de la maladie devient stable et que le malade reprend sa conscience, on commence alors à appliquer le traitement par pression sur des points.

Pression sur des points: Effectuer le traitement par routine chez les patients atteints de paralysie faciale, confer le traitement de la paralysie faciale. Chez les aphasiques, selon les différentes causes, pratiquer souvent les traitements ci-dessous:

(1) Dans le cas dû à l'inhabileté de mouvoir la langue,appuyer sur la racine de la langue avec l'index, puis couvrir le corps de la langue avec le gaze et la tirer en dehors;

(2) Au cas où la langue serait attirée en dehors, confer le traitement des séquelles d'encéphalites dont la langue est attirée en dehors;

(3) Dans le cas dû à la paralysie des muscles de la face, couvrir les lèvres avec le gaze, saisir la langue avec le pouce et l'index et la tirer en dehors, tapoter légèrement sur Kekong, Yingxiang, Sibai, Chuigen et sur les muscles paralysés de la face;

(4) Dans le cas d'incapacité de prononcer la voix, presser fort sur Tiantu, Renying.

Autres traitements.: Adopter le traitement combiné de médication, d'acupuncture, de craniopuncture, etc. Le malade doit à temps collaborer avec la rééducation fonctionnelle. Chez

l'hémiplégique qui est couché dans le lit où il ne peut pas se tourner, ni s'asseoir, on le fait courber en position de décubitus latéral, le côté sain étant en bas, les membres inférieurs repliés, le membre supérieur du côté sain étant servi à s'appuyer sur le lit pour s'asseoir. Une fois que le patient peut obtenir la motilité, il peut effectuer des exercices de se tenir debout, de marcher avec support d'un objet et de faire petit à petit des pas indépendamment. En même temps, les soignants doivent aider le patient à pratiquer des mouvements passifs des membres afin de prévenir les déformations articulaires.

[Efficacité] Chez l'hémiplégique, le traitement de pression sur des points peut accélérer la récupération de la motilité. Chez le patient de cas récent, le traitement subi à temps par la pression sur des points donnera de bons résultats.

[Observation] Mme Dong, 73 ans, habite N° 100, Tai Dong Biao Shan Lu, Qingdao. Atteinte subite de l'aphasie et de la déviation de la bouche, le 7 juillet 1967, au cours du travail manuel, elle ne pouvait pas mouvoir ses membres du côté gauche. L'hôpital local lui a posé le diagnostic de thrombose cérébrale. Par le traitement, les symptômes ne s'amendaient pas. 7 jours après, elle demandait les consultations à notre hôpital. Avant le traitement, l'examen montre la pleine conscience, la déviation de l'angle buccal vers la gauche, l'aphasie, l'incapacité de faire mouvoir les membres du côté gauche et de se tenir debout. Après une séance de traitement par pression sur des points, la patiente peut faire des pas avec un appui et se lever le bras gauche. Au bout de 4 jours de traitement, la patiente peut marcher indépendamment et faire du travail manuel léger.

Paraplégie traumatique

[Etiologie] La paraplégie traumatique est due à la fracture ou à la luxation de la colonne vertébrale qui entraîne des lésions de la moelle d'une intensité variable et provoque la paralysie des membres et une série de symptômes: troubles de la sensibilité de la défécation et d'urination.

[Symptômes] En raison de la variété de siège, d'intensité et de limite, les manifestations cliniques sont différentes. Le point commun des manifestations cliniques des paraplégies des segments cervicaux, dorsaux, lombaires consiste à la paralysie des membres inférieurs, à la modification de la sensibilité, aux troubles de la fonction recto-vésicale. Dans les cas de traumatismes graves, certaines complications peuvent se produire facilement: l'escarre, l'infection urinaire, la paralysie des muscles intestinaux. La différence des manifestations cliniques entre des paraplégies des segments cervicaux, dorsaux et lombaires consiste à ce que dans la paraplégie des segments cervicaux, à part la paralysie des membres inférieurs, les membres supérieurs sont aussi en paralysie, même le diaphragme et les muscles intercostaux peuvent être atteints; dans les cas graves, la respiration est influencée, voire la vie menacée. Dans les paraplégies des segments cervicaux et dorsaux, la paraplégie du membre inférieur se traduit en spasmodicité, les muscles ne s'atrophient pas manifestement. Dans la paraplégie des segments lombaires, la paralysie est flasque, l'atrophie musculaire est bien évidente.

[Traitement] Tonifier la moelle et favoriser les reins.

Pression sur des points: Traiter par routine, en prêtant attention aux points suivants:

(1) Employer la méthode de tapotement fort (suivant la tolérance du patient). Tapotement sur les lignes de stimulation des deux côtés du rachis dorsal et lombaire, et sur Jianei, Jiaonei, Neixia, Yaoyan.

(2) A 1,5-2,0 cun des deux côtés de la région d'intervention chirurgicale ou de la fracture, au-dessus et au-dessous desquels, choisir 2-3 points sensibles. Sur ces derniers répéter le remuement et le tournement jusqu'à ce que le membre ait une sensation de brûlure.

(3) Dans les cas d'incontinence d'urine et des selles, presser sur, remuer Zuojie, Gunei, Chipang, Qugu, et à n'importe quel point sur la ligne qui unit Qizhong au Chishang. Le patient fait l'exercice de la respiration abdominale, lors de l'expiration, suivant la descente de la paroi abdominale, l'opérateur presse la paroi petit à petit vers la profondeur avec le pouce, et touche le corps vertébral, l'efficacité s'avère bonne lorsque le bas-ventre et l'urèthre ressentent l'engourdissement, le gonflement et la brûlure. Chez les patients dont les muscles abdominaux sont de tonicité faible, en utilisant le procédé susmentionné, on peut simultanément saisir les muscles abdominaux. Dans les cas d'incontinence des selles, presser sur et remuer Fuxia, Tunwai, Yaoyan. Et encore dans les cas d'incontinence d'urine et des selles, et ceux de force des muscles abdominaux faibles, il convient de pratiquer la méthode de tapement de l'abdomen. Le patient se sert de la méthode de respiration abdominale, il aspire pleinement l'air, l'opérateur, en utilisant la méthode de tapement, tape sur les régions ombilicale et sous-ombilicale. Au commencement taper 5-10 fois. Suivant que la force d'aspiration de l'air du patient s'élève, on peut augmenter la fréquence et la force de tapement.

(4) Dans les cas de traumatisme du rachis cervical, il faut recourir à la réduction par traction crânienne.

Autres traitements:

(1) Chez le patient, une fois la fracture consolidée et stable (environ 2 mois), à la suite de la cicatrisation d'incision de l'intervention d'ostéosynthèse, on peut lui pratiquer le traitement de pression sur des points. Dans le cas récent d'atteinte de paraplégie, tourner le malade dans le lit toutes les 2-3 heures; dans le délai total du traitement, on peut y associer la médication et l'acupuncture.

(2) Quant aux complications, telles que l'escarre, l'infection urinaire, on doit les traiter à temps, afin que l'affection ne se détériore pas. Avant l'apparition de l'escarre, lorsque la peau est devenue rouge, on peut percuter ou taper la peau qui était rougie et on fait mouvoir passivement les membres, à l'intention de prévenir l'escarre. On recommande au malade de boire du thé qui pourrait prévenir et traiter l'infection urinaire.

(3) Les soignants doivent persévérer à faire mouvoir passivement les membres malades afin de prévenir la raideur des articulations et de réaliser la correction de la déformation. Le patient doit aussi commencer à faire des exercices de ce qu'il peut. Les voici: le retournement dans le lit, le mouvement de s'asseoir. Et puis, des gestes de grande activité tels que le soulèvement des membres supérieurs, le toucher au sommet de l'épaule et au dos homolatéraux avec les doigts, la flexion des membres inférieurs en décubitus latéral, se mettant ensuite assis et debout, se courbant, se redressant et grimpant (fig 63), enfin s'appuyant sur un objet en se tenant debout sur le genou contre le mur, se tenant debout avec un appui en faisant des mouvements de pédaler un moulin à eau

et la marche en s'appuyant sur un objet ou sur des béquilles. Durant 3 mois de traitement, le patient peut s'exercer indépendamment le tournement des lombes. Après des exercices de marche avec béquilles à un temps long, le patient peut abandonner les béquilles et marcher à l'aide du soutien des soignants ou faire des pas en s'appuyant sur des béquilles.

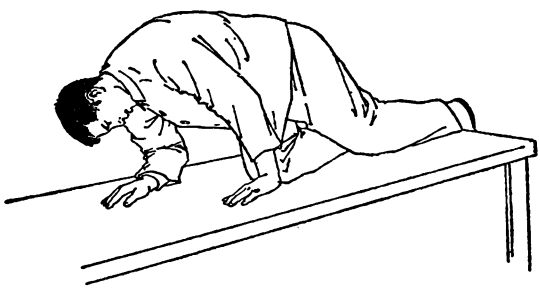


Fig. 63 Posture de la grimpade chez des paraplégiques

(4) Lors de position en décubitus dorsal, pratiquer l'exercice de décubitus dorsal et la respiration abdominale tout en piétinant.

[Efficacité] Chez les paraplégiques traumatiques, en général, dans les cas de traumatisme léger avec l'accident récent, l'efficacité s'avère bonne; dans les cas de traumatisme grave avec l'anamnèse ancienne, l'efficacité moins bonne. Aussi existe-t-il des cas exceptionnels, tels que malgré la gravité du traumatisme de certains cas, après le traitement et en association avec la rééducation fonctionnelle, la récupération est assez bonne. Par contre dans le cas de traumatisme léger, malgré le traitement, la restauration de la fonction s'avère très mauvaise.

Selon les observations cliniques quand on presse sur certains

points de la tête et du cou, le patient ressent l'engourdissement et la chaleur aux membres inférieurs, le résultat serait relativement bon.

[Observations]

Cas 1. M. Chen, 32 ans, fonctionnaire du Bureau de Construction urbaine de Qingdao. Atteint de la fracture de L_3-L_4 avec paraplégie, il s'est soumis à la décompression par laminectomie, mais sans amélioration. Six mois après le traumatisme, on l'institue un traitement par pression sur des points. Avant le traitement, existent paralysie des membres inférieurs et incontinence d'urine et des selles, le patient ne pouvait s'asseoir, ni se tourner dans le lit. Après 12 séances de traitement par pression sur des points, le patient peut faire 20 mètres de marche avec béquilles, l'auto-contrôle d'urine et des selles a restauré à un certain degré; après 60 séances de traitement, le patient restaure normalement, pouvant monter à bicylette chargée de 25-30 kilos d'objet.

Cas 2. M. Kao, 28 ans, habite au village Huang Ni Ya, canton Wang Ge Zhuang, district Laoshan. Apparition de la paraplégie des membres inférieurs, après être blessé par l'écrasement des plaques de fer sur les lombes. Un hôpital de Qingdao lui a posé le diagnostic de fracture comminutive de L_1-L_5 avec paraplégie. Après 2 mois d'hospitalisation, rien d'amélioration. Avant le traitement, les membres inférieurs étaient repliés légèrement et il existait des troubles de la sensibilité, de l'incontinence d'urine et des selles. Après un mois de traitement par pression sur des points, le patient peut faire des pas avec béquilles; après 8 mois de traitement, il peut marcher librement et contrôler l'urination et la défécation.

Paralysie faciale

[Etiologie] Cette affection, vulgairement appelée "bouche déviée", se présente sous deux aspects: paralysie faciale centrale et paralysie faciale périphérique. La paralysie faciale périphérique est due souvent à l'inflammation aiguë non suppurée du nerf facial siégeant dans le trou stylomastoïdien. L'envahissement de la face par le vent froid est souvent pris pour cause déclenchante. Peut-être est-elle aussi en rapport avec l'infection virale locale. Cette affection succède aussi à l'otite moyenne chronique, mastoïdite chronique, etc. La paralysie faciale centrale peut être due aux troubles vasculaires encéphaliques ou à la tumeur cérébrale.

[Symptômes] L'apparition de la paralysie faciale périphérique est souvent soudaine. Au début, il aurait des douleurs derrière l'oreille, puis la paralysie aux muscles mimiques de la face. Par la suite, les rides sont effacés, les yeux non fermés, le sillon naso-labial devenu peu profond, la commissure labiale abaissée du côté paralysé. En mangeant, il reste des aliments dans la bouche du côté malade. Il existe une diminution de la gustation des 2/3 antérieurs de la langue ou une hyperacousie. Dans les cas prolongés, par suite de la contracture des muscles de la face du côté malade, la commissure labiale est déviée vers le côté malade, appelée "phénomène de renversement" ou tic des muscles de la face. La paralysie faciale centrale respecte le facial supérieur, le patient reste capable de fermer les yeux, plisser le front des deux côtés et froncer les sourcils. Cette paralysie s'accompagne souvent de la paralysie des membres.

[Diagnostic] Il est facile de faire le diagnostic de la paralysie

faciale. Il importe de faire le diagnostic différentiel entre la paralysie périphérique et la paralysie centrale.

[Traitement] Dégager les méridiens et vivifier les vaisseaux Luo.

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale et l'articulation interphalangienne (doigt) 2-3 fois.

(2) Tapoter légèrement sur Neizi, Neizishang, Yingxiang, Sibai, Kekong, Kesanjiao, Chuigen.

(3) Presser sur Neizi, Neizishang, Neizixia, Chuigen et les points douloureux à la pression.

(4) Faire le patient de sourire ou de souffler, tapoter sur les muscles paralysés 3-5 fois. Presser sur les muscles paralysés et les pousser en haut.

(5) Dans le cas de ptosis, après la pression relativement forte sur Neizi, pétrir la paupière supérieure avec une main et le bord inférieur de la paupière supérieure avec une autre main.

Autres traitements: Le patient doit persister à pousser et à frotter quotidiennemen la face du côté paralysé avec la paume ou à appliquer le gingembre frais bien broyé. Dans les cas rebelles, on peut y associer l'acupuncture-moxa.

[Observation] Mlle Zhang, 22 ans, habite au village Xi Han, canton Zhong Han, district Laoshan. La déviation de la commissure labiale vers gauche depuis 7 jours. L'hôpital local lui a posé le diagnostic de paralysie du nerf facial, puis elle est transférée à notre hôpital pour le traitement. Examen avant le traitement: déviation de la commissure labiale vers droite, fuite de l'air de la commissure labiale gauche en soufflant, incapacité de fermer les paupières gauches. Après une séance de traitement par pres-

sion sur des points, les paupières gauches peuvent se fermer, la déviation de la commissure labiale est atténuée. A la suite de 10 séances, la maladie guérit.

Lésions du nerf crural et du nerf sciatique

[Etiologie] La lésion du nerf crural est due souvent à l'intervention chirurgicale de la région inguinale. La lésion du nerf sciatique se voit fréquemment dans les cas des tumeurs intrarachidiennes et sacrococcygiennes, d'arachnoïdite et d'hernie discale lombaire postérieure massive qui peut influencer les constituants du nerf sciatique. L'ostéoarthrite dégénérative de la colonne vertébrale, la fracture et la luxation du rachis, ainsi que la tuberculose vertébrale peuvent aussi comprimer les racines des nerfs crural et sciatique. Le siège inadéquat de l'injection intramusculaire, la luxation de la hanche, la fracture du fémur, les plaies par couteau et fusil, la névrite interstitielle et la paralysie ischémique due à l'obstruction des vaisseaux par diverses causes peuvent léser le tronc du nerf sciatique. Le nerf sciatique poplité externe est facile à être comprimé lorsque ce nerf contourne le col du péroné, tels que le garrot trop serré au cours de l'intervention chirurgicale, les attelles pour la jambe, le bandage plâtré, l'armature orthopédique et la posture assise avec croisement des jambes.

[Symptômes] Lorsque le nerf crural est lésé, il y a perte de l'extension de la jambe et trouble de la sensibilité à la partie antérieure de la cuisse et à la partie interne de la jambe. La lésion du tronc commun du nerf sciatique détermine la perte de la flexion de la jambe, les muscles de la jambe et du pied sont complètement paralysés, leurs mouvements abolis. Si la lésion se trouve à la

cuisse, la flexion de la jambe reste intacte, la sensibilité superficielle de la partie postéro-externe de la jambe et du pied est abolie. Les nerfs sciatique poplité externe et sciatique poplité interne sont des deux branches du nerf sciatique. Lorsque le nerf sciatique poplité externe est lésé, le pied et les orteils ne peuvent pas réaliser l'extension, ni l'abduction. Le pied tombant avec supination constitue le pied équin varus. Lorsque les orteils sont aussi tombés, ceci est appelé "steppage", la zone de trouble de la sensibilité se localise à la partie antéro-externe de la jambe et au dos du pied. Lorsque le nerf sciatique poplité interne est lésé, la disparition de la flexion du pied et des orteils se produit, l'adduction du pied est limitée, le pied en abduction avec un peu de pronation. La paralysie des muscles interosseux entraîne l'attitude en griffe des orteils, la zone de la perte de sensibilité siège à la plante et au bord externe du pied.

[Traitement]

Pression sur des points: Traiter par la routine, tirer en même temps un membre inférieur et presser sur le rachis lombaire et sur l'articulation sacro-iliaque de bas en haut (d'abord l'articulation sacro-iliaque, puis L_4, L_5 enfin L_3, L_4. . .), voici des points à remarquer:

(1) Dans les lésions du nerf crural, presser principalement sur les segments supérieurs des lignes de stimulation 1, 2, 4 du membre inférieur et sur Gouzhong, Qianjixia, Guwai, Guzhong, Qixi, Binshang.

(2) Quant aux lésions du nerf sciatique, presser principalement sur les lignes de stimulation 2, 6, 7 et sur Jizhong, Tunwai, Huanshang Fuxia, Weizhong, Weishang, Fuxi, Yangxia, Feixia, Feizhong, Jingzhong, Jianwai, Jiannei; en ce qui concerne les

lésions des nerfs sciatique poplité externe et sciatique poplité interne, outre le traitement selon les manipulations pour les lésions du nerf sciatique, on doit encore les traiter séparément en pressant sur les segments inférieurs des lignes de stimulation 1, 2, 8 et sur Feixia, Zusanli, Fenglong, Xishang, Dazhijian, Xiaozhijian et les segments inférieurs des lignes de stimulation 5, 6 7 et sur Weizhong, Weixia, Yangxia, Jingzhong, Feizhong, Chengshang, Chengxia, Jiannei, Jianwai, Yongquan.

Autres traitements: Combiner la pression sur des points avec l'acupuncture. Dans les cas des lésions du nerf crural, pratiquer des exercices de flexion et d'extension de la jambe, de fléchir la cuisse sur le bassin, d'accroupir et redresser, de lever haut la cuisse en marchant. Dans les cas des lésions du nerf sciatique, réaliser la flexion de la jambe, l'extension postérieure de la cuisse, le saut à l'aide d'un seul membre. S'il se complique de la paralysie du nerf sciatique poplité externe, réaliser des exercices de la flexion dorsale du pied, de la flexion et de l'extension des orteils. Au début, le patient peut réaliser les mouvements susmentionnés en position de décubitus latéral, puis en position assise, en plus des marches compliquées telles que marche sur le talon, marche à grand pas, à petit pas, marche rapide, lente, marche en pied valgus. S'il s'accompagne de paralysie du nerf sciatique poplité interne, relever le talon, sauter à l'aide d'un membre inférieur dont la plante antérieure du pied touche la terre.

[Efficacité] Dans les cas de lésions des nerfs crural et sciatique, si le patient peut subir des traitements à temps et que les causes pathogènes se soient débarrassées, en général, la récupération de la fonction sera bien obtenue.

[Observation] Fille Yu, 7 ans, habite au village Yu Ge

Zhuang, canton Sha Zi Kou, district Laosan. Due à l'injection des pénicillines contre des infections, elle est impossible de réaliser la flexion du pied pendant une vingtaine de jours. Elle présente le pied droit tombant en marchant. Un hôpital lui a posé le diagnostic de lésion médicamenteuse du nerf sciatique, mais sans amélioration malgré des traitements variés. Avant le traitement par pression sur des points, l'examen électromyographique montre la fibrillation du jambier antérieur, et que l'électricité est en phase de silence. Après une semaine de traitement par pression sur des points (une séance par jour), elle est capable de réaliser la flexion dorsale du pied droit, la force musculaire peut atteindre code 3. Après deux semaines de traitement, l'examen électromyographique montre que le voltage est de 0,5 MV, lors de contraction forte du jambier antérieur droit. Après 55 jours de traitement, la flexion dorsale du pied droit s'effectue avec force, la force musculaire peut porter au code 4, la marche est presque normale. L'examen électromyographique montre que le jambier antérieur se contracte avec force et que le voltage est de 1 MV; 3 mois après, on répète l'examen électromyographique, lequel montre, lors de la contraction forte du jambier antérieur droit, la phase d'interférence et que le voltage est de 2-3 MV, la patiente se rétablit parfaitement.

Lésion du nerf musculo-cutané

[Etiologie] Le nerf musculo-cutané innervant le biceps, le brachial antérieur et le coraco-brachial, au-dessous du coude, se prolonge en nerf accessoire du brachial cutané externe. La lésion est causée surtout par des blessures de couteau, de fusil, par la fracture de l'humérus et par la luxation.

[Symptômes] Impossible de réaliser la flexion de l'avant-

bras sur le bras (quand l'avant-bras est en supination ou en pronation-supination), atrophie du biceps, trouble de la sensibilité de la partie externe de l'avant-bras.

[Diagnostic] Voir lésion du nerf radial.

[Traitement] dito

[Efficacité] dito

Lésion du nerf radial

Le nerf radial innerve le triceps, le long supinateur, le court supinateur, les extenseurs des doigts et le long abducteur du pouce; parmi les nerfs du plexus brachial, il est le plus sujet au traumatisme qui provoque la main tombante.

[Etiologie] En raison du segment supérieur du nerf radial accolé intimement dans la gouttière radiale de la face postérieure de l'humérus, il chemine de la partie interne du bras à sa partie externe. C'est pourquoi il est facilement lésé lors de la fracture de la diaphyse de l'humérus, aussi comprimé lors de la formation du cal post-fracture. De plus, les causes du traumatisme sont: (a) Lors du sommeil, on prend la main pour oreiller; (b) Au moment de l'intervention chirurgicale, le membre supérieur étant longtemps en abduction; (c) Durant le sommeil profond, le membre supérieur étant suspendu à un objet dur; (d) Inadéquation de la pose du garrot au membre supérieur, etc. Il est possible que les intoxications saturnine et alcoolique envahissent particulièrement le nerf radial.

[Symptômes] Les manifestations cliniques principales sont la gêne des mouvements dont le signe typique se traduit par le poignet tombant. En raison de différents sièges de traumatismes, apparaissent divers symptômes. Tels que dans la lésion haute,

tous les muscles extenseurs du membre supérieur sont paralysés, l'articulation du coude, l'articulation du poignet et l'articulation métacarpo-phalangienne ne peuvent pas se mettre en extension, l'avant-bras ne peut pas réaliser la supination, mais lors de la flexion du coude, la supination s'effectue grâce au biceps. Lors de l'apparition de la main tombante, le pouce ne peut pas réaliser l'abduction. Lors de la lésion du nerf radial au tiers moyen de l'humérus, soit au-dessous de la branche du nerf qui distribue le triceps, la fonction du triceps s'avère bonne. Lorsque le traumatisme siège à l'extrémité inférieure de l'humérus ou au tiers supérieur de l'avant-bras, les fonctions des muscles long supinateur, court supinateur et des extenseurs se conservent. Dans le traumatisme au-dessous des tiers moyen et inférieur de l'avant-bras, il existe seulement la perte de la fonction de l'extension des doigts et du pouce sans le poignet tombant, pas de trouble de la sensibilité visible.

[Diagnostic] Faire le diagnostic selon l'anamnèse et les symptômes en accordant attention à sa distinction de la paralysie du membre supérieur causée par d'autres facteurs.

[Traitement] Traiter par la routine, en associant au tiraillement du cou, à la traction du bras (pour la méthode, voir cervicarthrose), à la pression sur le segment supérieur du rachis dorsal. Prêter attention à faire la pression principalement sur les lignes de stimulation 5, 6 du membre supérieur et sur Biwai, Quchi, Jihui, Wanbei, Zhangjian dans les cas de lésion du nerf radial. Dans les cas de lésion du nerf médian, presser primordialement sur les lignes de stimulation 1, 2, 3 du membre supérieur, et sur Suoao, Zhima, Binei, Wenshang, Jianshi, Jingqu, Yinxi. Dans les cas de lésion du nerf cubital, presser principalement sur les li-

gnes de stimulation 2, 3 du membre supérieur et sur Xiaohai, Keshang, Binei, Zhima, Yinxi. Dans les cas de lésion du nerf musculo-cutané, on applique primordialement la pression sur la ligne de stimulation 2 du membre supérieur et sur Jubi, Suoao.

Autres traitements: Combiner le traitement avec l'acupuncture. Les soignants doivent persister à pratiquer le martèlement sur le membre malade en mettant l'accent sur la partie du muscle paralysé. Selon les circonstances de la paralysie, les patients doivent faire l'entraînement fonctionnel. Dans les cas de lésion du nerf radial, faire les extensions du poignet et des doigts, ainsi que la supination de l'avant-bras. Dans les cas de lésion du nerf cubital, faire les exercices de l'écartement et du rapprochement des doigts aussi bien que les exercices de pincement (pincer une feuille de papier avec les pouces et index des mains en fléchissant la paume de la main malade et en étendant les phalangines et phalangettes) et encore les exercices d'extension des doigts. Dans les lésions du nerf médian, réaliser la pronation de l'avant-bras, l'empoignement et la compression du ballon avec les doigts, l'opposition du pouce à l'index et l'abduction du pouce. Dans les lésions du nerf musculo-cutané, fléchir l'avant-bras.

[Efficacité] Après les lésions du plexus brachial et ses nerfs périphériques, si l'on débarrasse les facteurs pathogènes et que l'on traite à temps, en général la récupération est relativement bonne. En clinique, la lésion du nerf radial se voit souvent, son effet de traitement est plus satisfaisant que celui des lésions des autres nerfs.

[Observation] Garçon Ding, 4 ans, habite au village Xi Cun Qian, canton Tuan Wang, district Laiyang. Après la chute du bras gauche, depuis 3 mois son membre supérieur se mouvait

maladroitement. Examen avant le traitement: atrophie évidente des muscles de l'avant-bras gauche, les doigts de la main gauche en flexion forte et en état de contracture, l'avant-bras gauche en rotation interne et ne pouvant pas réaliser la rotation externe; le poignet gauche légèrement tombant et sa force musculaire de flexion dorsale est à code O. L'examen électromyographique montre qu'il existe de déviation électrique pour les muscles extenseurs du pouce et extenseur commun des doigts et que le voltage est de 0,05 MV. Diagnostic: lésion du nerf radial. Après 3 mois de traitement par pression sur des points, l'avant-bras gauche peut se réaliser l'abduction, les doigts gauches peuvent s'étendre, se fléchir à son aise et prendre des objets adroitement, la force musculaire de flexion dorsale du poignet gauche est à code 4. L'examen électromyographique montre que les muscles extenseurs du pouce gauche présentent une phase simple avec une durée de 3-5 MS et le voltage est à 1-1,5 MV, que le muscle extenseur commun des doigts une phase mixte avec une durée de 3-5 MS, et le voltage est à 0,5-1,2 MV. Cela veut dire que ces muscles restaurent fondamentalement à la normale.

Lésion du nerf médian

Le nerf médian innerve le rond pronateur, le carré pronateur, le grand palmaire, le petit palmaire, le fléchisseur commun superficiel des doigts, les deux chefs externes du fléchisseur commun profond des doigts, le long fléchisseur du pouce, le faisceau superficiel du court fléchisseur du pouce, le court abducteur du pouce, l'opposant et les 1er, 2^{e} lombricaux.

[Etiologie] En général, le nerf médian qui est au plan assez profond, n'est pas facile à être lésé. Les blessures par couteau et

fusil, les fractures de l'humérus et des os de l'avant-bras, le traumatisme du poignet et les compressions dans la région cubitale antérieure dues à l'infiltration des médicaments en cours de l'injection intraveineuse dans les parties molles sont des causes usuelles.

[Diagnostic] Voir lésion du nerf radial.

[Traitement] dito

[Efficacité] dito

Lésion du nerf cubital

Le nerf cubital innerve le cubital antérieur, le chef interne du fléchisseur commun profond, l'éminence hypothénar, les 3e, 4e lombricaux, les interosseux, le faisceau profond du court fléchisseur du pouce et l'adducteur du pouce.

[Etiologie] Les causes de la lésion du nerf cubital: blessures par couteau ou fusil, fracture et luxation de l'articulation du coude. Le développement anormal de l'épitrochlée de l'humérus, la déformation de cubitus valgus et le travail prolongé avec le soutien du coude peuvent aussi facilement léser le nerf cubital. La léprosie envahit souvent le nerf cubital.

[Diagnostic] Voir lésion du nerf radial.

[Traitement] dito

[Efficacité] dito

Contusion cérébrale

[Etiologie] La contusion cérébrale consiste à la nécrose du tissu cérébral partiel due au traumatisme. Il peut avoir des hémorragies en point et de l'œdème dans son entourage. Les limites de lésions sont souvent déterminées par la gravité du traumatisme.

Le siège de lésion est souvent la région traumatisée directe. Parfois en raison de la tête qui subit des coups, le cerveau a été heurté au pariétal du côté opposé, ainsi, l'hémisphère cérébral opposé est blessé. Le contrecoup se constitue, enfin le tissue nécrosé a été résorbé et la cicatrice ou l'adhérence se forme.

[Symptômes] Sont bien localisés les symptômes principaux de la contusion cérébrale dont les caractères sont en relation avec le siège de la lésion. Lorsque le cerveau propre est lésé, apparaissent les paralysies des membres, les troubles de la sensibilité et les aphasies de divers types. Lorsque les nerfs crâniens sont lésés par la traction, les divers symptômes intéressés apparaissent, tels que la lésion du nerf olfactif peut entraîner la diminution de l'odorat ou l'anosmie; la lésion du nerf optique la diminution de l'acuité visuelle, dans les cas graves la cécité; la lésion du nerf moteur oculaire commun les troubles des mouvements du globe oculaire; la lésion du nerf trijumeau se voit surtout à sa branche supra-orbitaire. Cela peut entraîner la diminution ou l'abolition de la sensibilité de la région frontale, la diminution ou l'abolition du réflexe cornéen; la lésion du nerf facial entraîne la paralysie périphérique des muscles de la face; la lésion du nerf auditif la surdité; les lésions des 4 derniers paires de nerfs crâniens se voient relativement moins. Dans les cas graves de la contusion du cerveau, le coma prolongé peut apparaître, voire la mort survient, par contre dans les cas légers, les symptômes ne se voient pas.

[Diagnostic] Selon l'anamnèse du traumatisme du crâne et en combinant avec les symptômes, en général, le diagnostic est fait facilement. Mais il faut prêter attention à ce que le diagnostic différentiel se pose avec l'hématome intracrânien et la commotion cérébrale.

[Traitement] Dégager les méridiens et vivifier les vaisseaux Luo. Chez les patients atteints de contusion cérébrale, lorsqu'ils ont été traités cliniquement, les facteurs pathogènes sont abolis ou l'état morbide stable et la conscience reprise. On peut alors commencer à les traiter avec les méthodes du traitement de l'hémiplégie.

[Efficacité] Le traitement par pression sur des points peut accélérer les récupérations des membres paralysés après la contusion cérébrale et d'autres fonctions. En général, l'efficacité du membre inférieur l'emporte sur celle du membre supérieur.

[Observation] Mme Zao, 40 ans, travaille à la Section de transport du Champ pétrolifère Shengli. Due à la heurte de la tête par l'auto, elle présente la tétraplégie et la parole indécise depuis plus de 5 mois. Diagnostic de l'hôpital local: commotion cérébrale grave, contusion et fissure cérébrale. La maladie s'améliore après un traitement intensif. Examen avant le traitement: aphasie, pleurs fréquents, impossibilité de se contrôler. La patiente peut fléchir légèrement les membres supérieurs, mais ne peut pas les étendre. Elle peut se tenir debout si l'on les supporte, et se met difficilement en marche. Après 7 mois de traitement par pression sur des points, la patiente peut marcher librement à l'aide des béquilles et prend la parole simple. A la suite du traitement prolongé durant un an et demi, elle peut faire des pas de 100-200 m à l'abandon des béquilles et reprend la capacité de se contrôler.

2. Syndrome douloureux des cou, épaule, lombes et cuisse

Dans le syndrome douloureux des cou, épaule, lombes et cuisse (ci-dessous par simplification de l'appellation: syndrome

douloureux cervico-lombaire), les cas les plus rencontrés sont sciatiques (causés par hernie-discale lombaire, névrite, lésions des parties molles des régions lombaires, fessières et crurales), syndrome des parties molles et des petites articulations, périarthrite scapulo-humérale, torticolis, lésions des ligaments articulaires divers, etc. Quoique le siège de prédilection et les causes pathogènes des affections susmentionnées soient différents, la douleur apparue à localisation variée est la même. Leurs points communs sont:

(1) L'existence des points, lignes et zones douloureux evidents (fig. 64-67): En général, les sièges où le patient ressent la douleur, tension, engourdissement, sont influencés par les douleurs dues à des traumatismes aigus, microtraumatismes ou inflammations des parties molles lesquelles se trouvent en tension ou en spasmodicité. En médecine traditionnelle chinoise, on estime que ceci est dû à la stagnation de l'énergie et du sang, ainsi qu'à l'obstruction des méridiens et des vaisseaux.

Les points, lignes et zones douloureux ont des sens importants de diagnostic et de traitement pour le syndrome douloureux cervico-lombaire. Le siège du point douloureux principal, en général, correspond à la localisation des lésions. Dans sa profondeur apparaissent souvent des nodules ronds, rubanés, fusiformes et variés vulgairement appelés "Jinjie (nodule musculotendineux)". La dureté et la taille des nodules possèdent des relations intimes avec le délai de l'anamnèse, l'intensité et la gravité de la maladie. En général, dans les cas récents, les nodules musculo-tendineux sont relativement mous; dans les cas anciens, ils sont relativement durs; dans les cas légers, leur forme est petite; dans les cas graves, elle est plus grande. La ligne

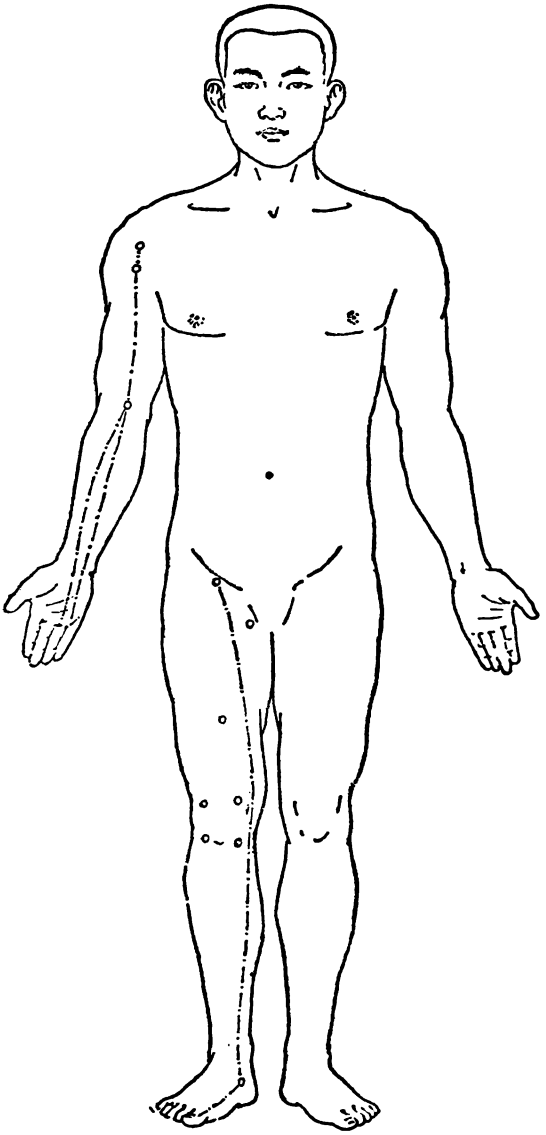


Fig. 64 Points et lignes douloureux les plus rencontrés (face antérieure)

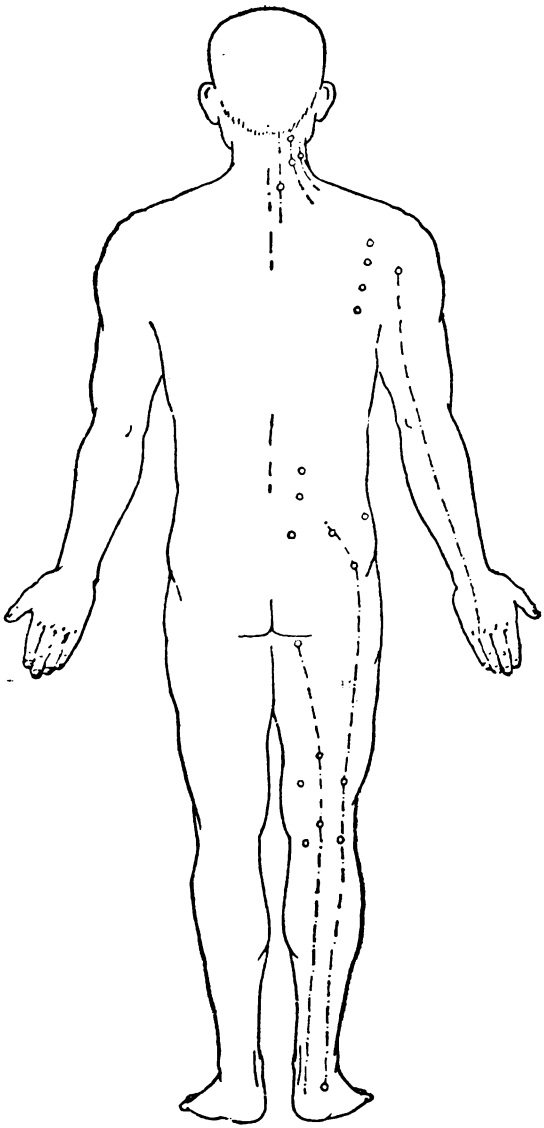


Fig. 65 Points et lignes douloureux les plus rencontrés (face postérieure)

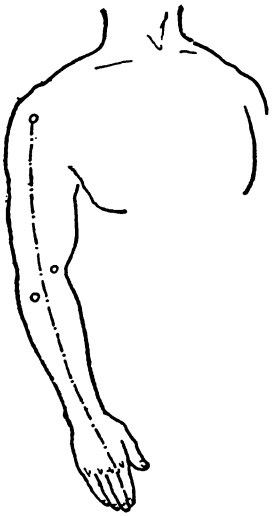


Fig. 66 Points et ligne douloureux de la face externe du membre supérieur

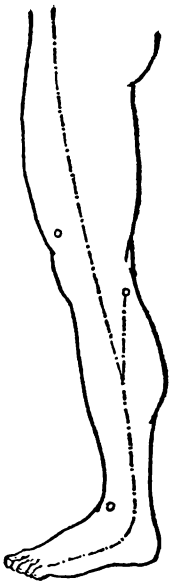


Fig. 67 Points et lignes douloureux de la face externe du membre inférieur

douloureuse représente le faisceau musculaire ou le muscle tendu, la zone douloureuse le muscle ou le groupe musculaire tendu. En général, plus le point, la ligne et la zone douloureux sont sensibles à la pression, plus la douleur grave.

La variation des points, lignes et zones douloureux reflète directement l'évolution de maladie. En général, l'atténuation ou la disparition des points, lignes et zones douloureux exprime l'amélioration ou la guérison de maladie.

(2) Limitation de posture fonctionnelle. La limitation de

posture fonctionnelle compte dans le diagnostic et le traitement pour le syndrome douloureux cervico-lombaire. En général, il n'existe pas de points, lignes et zones douloureux. Prenant la posture de limitation, apparaissent alors les points, lignes et zones douloureux. Plus la posture de limitation est grave, plus la maladie est grave. Au cours du traitement, la posture de limitation prise, on pourra obtenir une efficacité de traitement meilleure. Une fois la posture de limitation résolue, la douleur sera débarrasée du facteur pathogène. Voici les postures de limitation les plus rencontrées des épaules, lombes et membres inférieurs:

1) Toucher le sommet d'épaule opposé: L'articulation de l'épaule en adduction, le patient touche le sommet d'épaule opposé avec le membre atteint. Lorsque le mouvement est limité, les muscles sus-épineux, sous-épineux et les fibres musculaires externes du deltoïde se traduisent par la tension (fig. 68).

2) Toucher des apophyses épineuses du dos: L'articulation de l'épaule en abduction et en rotation interne, le membre atteint se porte en arrière et touche des apophyses épineuses du rachis lombaire et dorsal. Lorsque le mouvement est limité, la partie antérieure du deltoïde, le grand pectoral, le biceps brachial sont en tension (fig. 69).

3) Rotations interne et externe: Lorsque la rotation interne est limitée, la partie externe du deltoïde se traduit par la douleur et par la tension (fig. 70). Lorsque la rotation externe est limitée, la partie interne du deltoïde se traduit par la douleur et par la tension (fig. 71).

4) Toucher l'oreille opposée; Se lever le bras atteint, toucher l'oreille opposée avec la main. Lorsque le mouvement est li-

mité, les muscles deltoïde, sus-épineux et sous-épineux s'expriment par la douleur et par la tension (fig. 72).

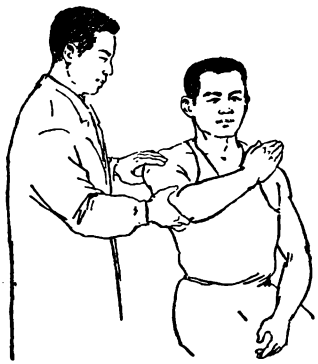


Fig. 68 Posture d'examen et de traitement par le toucher du sommet d'épaule opposé

Fig. 69 Posture d'examen et de traitement par le toucher des apophyses épineuses du dos

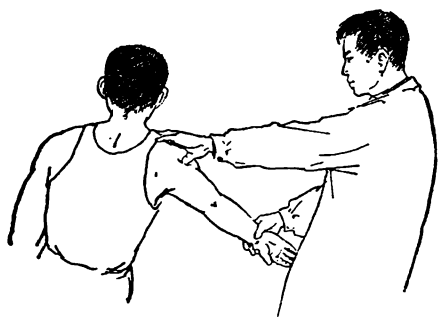


Fig. 70 Posture d'examen et de traitement en rotation interne

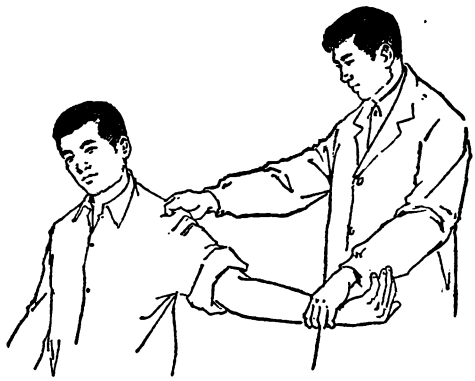


Fig. 71 Posture d'examen et de traitement en rotation externe

Fig. 72 Posture d'examen et de traitement du toucher de l'oreille opposée

5) Prise de l'objet: Chez certains patients, les mouvements susmentionnés ne montrent pas évidemment les signes. Ils ressen-

tent la douleur en prenant l'objet. Le traitement consiste à soigner par la posture de la prise de l'objet.

6) Flexion des lombes: Les pieds étant parallèles, les jambes étant maintenues droites, le patient se courbe, suivant l'intensité de limitation, il peut s'appuyer sur des tabourets rectangulaires de hauteur variée, en suivant le traitement, il se baisse graduellement (au cours du traitement, le patient doit maintenir les postures susmentionnées). Lors de limitation, les muscles paravertébraux (y compris les muscles des lombes), ceux de l'épaule, les fessiers ou le groupe musculaire postérieur de la cuisse et les muscles jumeaux présentent la douleur et la tension (fig. 73).

7) Position assise et debout: Les jambes se mettant parallèles et étendues, la tête baissé, le tronc en antéversion, les mains

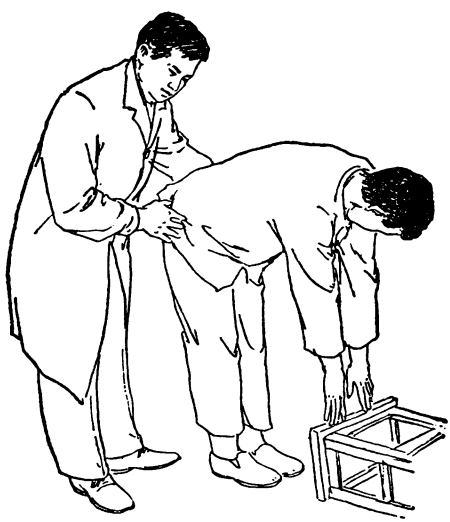


Fig. 73 Posture d'examen et de traitement en flexion lombaire

s'étendent à la pointe du pied (en général, chez l'homme normal, les mains peuvent toucher la point du pied). Lors de limitation, les muscles paravertébraux, ceux des lombes, de la région fessière présentent la douleur et la tension (fig. 74).

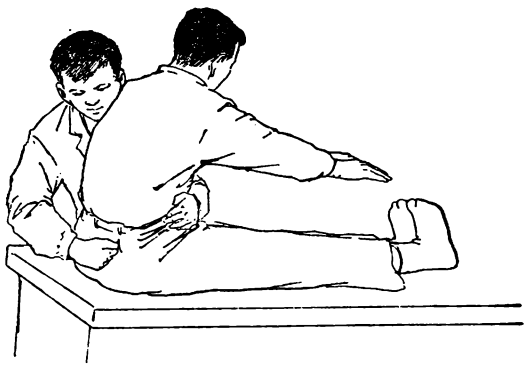


Fig. 74 Posture d'examen et de traitement en position assise et debout

8) Croisement des jambes: Les membres inférieurs étant repliés et croisés, poser la malléole externe du membre atteint sur le segment supérieur de la cuisse. Lors de limitation, les muscles de la fesse, adductuers, couturier s'affirment par la douleur et par la tension, parfois le quadriceps crural s'exprime aussi par la douleur et par la tension (fig. 75).

9) Décubitus latéral: Le patient en décubitus latéral, le membre atteint en dessus, on réalise l'adduction et la flexion de la cuisse malade. Lors de limitation, les muscles de la fesse, du groupe externe de la cuisse (tenseur du fascia lata et vaste externe) se traduisent par la douleur et par la tension (fig. 76).

Fig. 75 Posture d'examen et de traitement du croisement des jambes

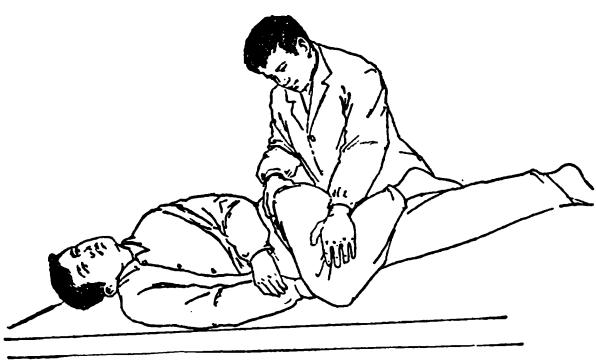


Fig. 76 Posture d'examen et de traitement en décubitus latéral

10) Extension dorsale: Le patient en décubitus ventral, prenant le bas-ventre comme point d'appui, fait l'extension dorsale du torse et du bassin. Lorsque le mouvement est limité, les

muscles des lombes, de la fesse se manifestent par la douleur et par la tension (fig. 77).

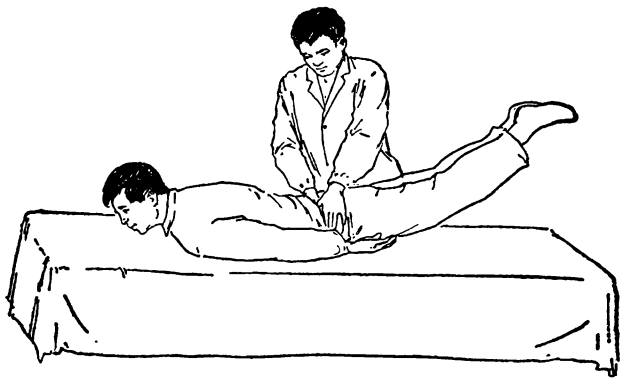


Fig. 77 Posture d'examen et de traitement de l'extension dorsale

(3) Dans les accès, souvent certaines causes pathogènes ou symptômes prédominent et peut-être d'autres causes ou complication coexistent. Comme dans la hernie discale lombaire, elle peut associer au syndrome des parties molles et des petites articulations, à des lésions des parties molles de la fesse, etc. Par suite dans le diagnostic et le traitement, il ne faut pas négliger de traiter d'autres causes ou complications.

(4) Chez les patients qui présentent de syndrome douloureux cervico-lombaire de processus morbide plus long, ils ont des troubles de fonction neurovégétative à intensité variée et d'autres signes neurologiques. Les troubles de la fonction neurovégétative et d'autres symptômes neurologiques sont en relation intime avec le niveau de la douleur. Dans les cas de douleurs du cou et de

l'épaule, la céphalée, le vertige, les bourdonnements, l'éblouissement, le malaise de la gorge, l'endolorissement des dents, les tremblements de la tête et du cou, le torticolis spasmodique et d'autres signes peuvent apparaître. Dans les cas de dorsalgie, l'oppression, la palpitation, l'asthme, l'arythmie et d'autres signes pourraient apparaître. Dans les cas des douleurs des segments inférieurs du dos et de la région lombo-sacrée, le spasme du tractus gastro-intestinal, la douleur abdominale, les troubles de la fonction intestinale, l'impuissance, la spermatorrhée, l'éjaculation précoce, les troubles menstruels, la dysménorrhée et d'autres signes pourraient apparaître. L'aggravation et l'atténuation des symptômes susmentionnés correspondent souvent à celles des douleurs localisés au cou, aux lombes. Le mécanisme des syndromes duoloureux du cou et des lombes qui entraîne les troubles de la fonction neurovégtative et des autres signes neurologiques laisse à s'éclaircir.

Conduite à tenir dans le traitement: La méthode au choix de points, lignes et zones douloureux se fait par la pression sur les parties gauche, droite, supérieure et inférieure avec les bouts du pouce et du médius, de la superficie vers la profondeur et de l'intensité faible à l'intensité forte. En pratiquant la pression, on désigne sous le nom de point douloureux le point qui est plus sensible que d'autres points, sous le nom de ligne douloureuse de stimulation la ligne qui est la plus sensible, sous le nom de zone douloureuse une plaque assez étendue qui est la plus sensible. Le principe de traitement de la pression sur des points du syndrome douloureux du cou et des lombes consiste à appliquer "des mouvements". Selon la médecine traditionnelle chinoise, on résume l'étiologie de la douleur et la connaissance de l'anatomo-pathologie par: la douleur provoque l'obstruction et l'obstruction engendre des mouvements

(tapotement, tâtement, tirage, pression, rotation, soit des mouvements actifs et passifs du patient), les mouvements amènent la désobstruction et la désobstruction détermine l'analgésie.

(5) Traitement de routine:

1) Manipulation préparatoire: Pour les membres supérieurs et inférieurs, pincer les articulations interphalangiennes, la racine unguéale (doigt, orteil). Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation (pour les affections du cou et du membre supérieur, tapoter sur les lignes de stimulation 3 et 6 du membre supérieur; pour les affections de la région lombo-crurale, tapoter sur les lignes de stimulation 5 et 7 du membre inférieur) 2-3 fois; pour les points situés sur les lignes de stimulation et les lignes douloureuses, la manipulation doit être un peu fort.

2) Technique manipulatoire: Pour la douleur relevant du rachis et d'autres articulations, pratiquer d'abord les traction, pression et rotation; pour la douleur hors de ces régions pratiquer le tapotement, la pression, le remuement sur les points douloureux principaux. Quant aux points douloureux auxiliaires, presser sur d'autres points, lignes ou zones douloureux 3-5 fois. Dans les cas de limitation fonctionnelle, choisir des postures limitées les plus graves (les point et lignes douloureux ont été exposés), presser et tapoter sur les points et lignes douloureux 3-5 fois.

3) Autres traitements: Dans les cas prolongés et invétérés, les traiter en associant avec l'acupuncture et l'injection aux points d'acupuncture. Prendre particulièrement les points et lignes douloureux. Dans les cas de limitation de posture fonctionnelle, le patient doit persister à se mouvoir dans le sens de limitation. Dans les cas d'enflure évidente, faire le broyage du gingembre et le mélange avec du vinaigre, et l'application à la partie malade (mé-

thode d'application de gingembre au vinaigre), 2 fois par jour, chaque fois dure 1-2 heures.

4) Manipulation de détente: Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation (qui sont similaires aux lignes de stimulation qu'on utilise pour la manipulation préparatoire) 3-5 fois.

6) Conduite à tenir dans le traitement:

1) Il convient de distinguer la douleur qui attribue au rachis et à d'autres articulations de la douleur hors de ces affections. Dans les cas de la douleur qui attribue au rachis et à d'autres articulations, préciser bien les vertèbres ou articulations atteintes; dans les cas de la douleur hors de ces affections, déterminer bien les principaux points douloureux à la pression.

2) Dans les cas de la douleur qui attribue au rachis et à d'autres articulations, pratiquer principalenment les méthodes de traction, pression et de rotation; dans les cas de la douleur hors de ces affections, les sensations d'endolorissement, engourdissement, gonflement, douleur résultant du tapotement et de la pression, dépassent la douleur originale. Il est bon que les sensations d'endolorissement, engourdissement et gonflement irradient vers le haut ou vers le bas. Dans le traitement par la posture générale, si son résultat n'est pas évident ou la fonction est encore limitée, il convient de choisir la posture de la limitation fonctionnelle pour le traitement. S'il existe plusieurs postures limitées, choisir la posture limitée la plus grave comme traitement. Si elle est résolue, choisir alors d'autres postures limitées comme traitement.

Traumatisme des muscles lombaires

[Etiologie] Le traumatisme des muscles lombaires est souvent causé par des facteurs suivants:

Entorse aiguë: La posture vicieuse, le changement brusque de la position corporelle ou le déplacement et le soulèvement des objets lourds, le redressement, la traction, la rotation du dos, tous peuvent provoquer les lésions des muscles lombaires, les facteurs sumentionnés sont des causes exogènes. La distraction lors du travail manuel, la faim, le surmenage et la lombalgie chronique sont des causes endogènes.

Microtraumatismes: Ce sont les lésions cumulatives des muscles lombaires d'un délai relativement long tels que le travail manuel prolongé sous certaine posture particulière, la tension et la fatigue musculaires d'un temps relativement long, les lésions légères répétées et les traumatismes aigus des muscles non guéris, etc.

[Symptômes] Les manifestations cliniques des traumatismes des muscles lombaires aigus se traduisent par le lombago soudain avec restriction des mouvements de flexion et d'extension, par douleur locale évidente à la pression ou par enflure, voire par la douleur s'irradiant vers le membre inférieur. Les manifestations cliniques des traumatismes chroniques des muscles lombaires se traduisent par la lombalgie fréquente laquelle est accentuée par l'effort, par la tension des muscles lombaires qui sont douloureux à la pression avec accentuation au froid humide et par les troubles de la fonction neurovégétative.

[Diagnostic] En général, selon l'anamnèse et les symptômes, on peut établir le diagnostic. Dans les cas des lésions des ligaments surépineux, le dignostic différentiel se pose avec le syndrome des parties molles et des petites articulations. Le point douloureux de ce syndrome siège à côté de l'apophyse épineuse (unilatéral), et la douleur ne s'atténue pas à la suite des repos.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pour la manipulation, confer 1) manipulation préparatoire du traitement de routine.

(2) Presser sur et remuer des points douloureux, presser sur des points douloureux principaux 2-3 fois (dans les cas de traumatisme aigu, les instants de pose et de levée de la pression doivent être prompts), en même temps presser sur les points Yaoyan, Jizhong, Tunwai, Yangshang. Dans les cas de lésions des ligaments interépineux, en général, presser sur des points douloureux en faisant le patient coucher en décubitus latéral avec la position corporelle courbée, ou procéder à la méthode de torsion du corps dont on se sert dans le traitement de la hernie discale lombaire.

(3) S'il n'y a pas d'amélioration après la thérapie sur la position générale, procéder à la thérapeutique par posture limitée (traitement: confer le point commun 2 du syndrome douloureux cervico-lombaire). Si l'extension du corps est limitée, procéder à la position d'extension, l'opérateur embrasse les lombes du patient d'un bras, son autre main presse sur le point douloureux et la zone douloureuse.

(4) Pour la manipulation, confer le traitement de routine 4).

Autres traitements: Dans les cas d'enflure au niveau de la lésion du ligament surépineux, à part le traitement par pression sur des points, adopter la méthode d'application du vinaigre au gingembre. Après le traitement du traumatisme aigu, prêter attention au repos. Durant le traitement du traumatisme chronique, éviter le travail manuel lourd. Quant à la prévention de cette affection, il convient de mettre l'accent sur deux points: 1) Concen-

trer son attention en travaillant; 2) L'application de la force au travail doit être convenable, lors de la faim, de la fatigue et chez les patients atteints de douleur lombaire chronique.

[Efficacité] L'effet du traitement des traumatismes aigus des muscles lombaires par pression sur des points est manifeste. Celui des cas chroniques des muscles lombaires est plus lent, mais la guérison serait aussi obtenue, à condition qu'on persiste à subir le traitement.

Syndrome des parties molles et des petites articulations

[Etiologie] Le syndrome des partie molles et des petites articulations est une affection fréquente des douleurs du cou, de l'épaule, des lombes et du dos. Il est provoqué par les troubles des petites articulations des vertèbres ou par le spasme des parties molles des articulations vertébrales et du voisinage. L'entorse aiguë et la chute peuvent directement engendrer les troubles des petites articulations du rachis; le traumatisme, l'infection ou la douleur provoquent la tension ou le spasme des parties molles des articulations vertébrales et du voisinage, auxquels succèdent les troubles des petites articulations ou les douleurs par tiraillement. En clinique, ce syndrome se voit surtout à C_4-C_6, D_1-D_4 et L_2-L_5. Dans les cas prolongés et non guéris, les douleurs chroniques du cou, de l'épaule, des lombes et du dos se manifestent.

[Symptômes] Les manifestations clinques se traduisent par la courbature unilatérale ou bilatérale de la colonne vertébrale. Si elles siègent au rachis cervical et au segment supérieur du rachis dorsal, cela provoque la douleur par tiraillement et l'engourdissement du membre supérieur; au rachis lombaire, les douleurs de la fesse, de la région sacrée et du bas-ventre sont engendrées.

Ces douleurs sont aggravées après le surmenage ou lors du retournement dans le lit au réveil du matin; à la suite des mouvements légers, la douleur peut s'amender. Les fonctions du cou, de l'épaule, des lombes et de la cuisse peuvent être limitées à l'intensité variée. A la vertèbre atteinte, il existe la déviation de l'apophyse épineuse, la douleur à la pression à l'apophyse épineuse ou à la zone paravertébrale avec des troubles de la fonction neurovégétative à l'intensité variée.

[Diagnostic] Le diagnostic se fait selon l'étiologie et les symptômes. En général, les radiographies ne montrent pas des modification évidentes. Lorsque l'affection débute aux lombes, le diagnostic différentiel doit se poser avec l'hernie discale lombaire.

[Traitement]

Pression sur des points: On prend principalement les manipulations de traction, pression, rotation. Si chez des patients d'affection précoce, il existe de douleur vive à la vertèbre atteinte et d'hypertonie des muscles voisins, il ne convient pas de prendre immédiatement des manipulations susmentionnées, mais il vaut mieux prendre des manipulations légères pour le traitement. Lorsque les symptômes sont en rémission, prendre enfin les manipulations susmentionnées. Quant à la méthode du traitement du rachis cervical, confer la méthode de la réduction du torticolis par torsion. La méthode du traitement du rachis lombaire est identique à la méthode de réduction de la hernie discale lombaire. La méthode du traitement du segment supérieur du rachis dorsal (D_1-D_4): le patient est en position de décubitus ventral, la tête et le cou dévient au côté malade, la bouche se ferme; l'opérateur superpose ses deux mains, les bras étendants, s'appuie sur le côté malade de la vertèbre atteinte avec le talon de la paume; l'assistant

se tient au côté proximal de la tête du patient, il saisit la région occipitale du patient avec une main, l'autre main est posée sur la partie inférieure du menton (fig. 78). L'opérateur fait le signal en acquiesçant de la tête, ses mains pressent fort, en même temps l'assitant tire dans le sens proximal. Le but de traitement est atteint, dès un bruit "Ga Ba" se fait entendre. S'il n'y a pas de bruit à la suite de 3-5 coups de traction, faire dévier le cou au côté sain (la méthode est identique à celle qui est susmentionnée), pratiquer de nouveau le traitement. La méthode de traitement du segment inférieur du rachis dorsal peut être réalisée simplement par la méthode de pression susmentionnée. S'il n'existe pas de bruit par la pression, on peut traiter par la méthode de traction et de pression qui est appliquée dans le traitement de la hernie discale lombaire (voir en détail: hernie discale lombaire). Les réactons post-thérapeutiques du syndrome des parties molles et des petites articulations se voient comme suit:

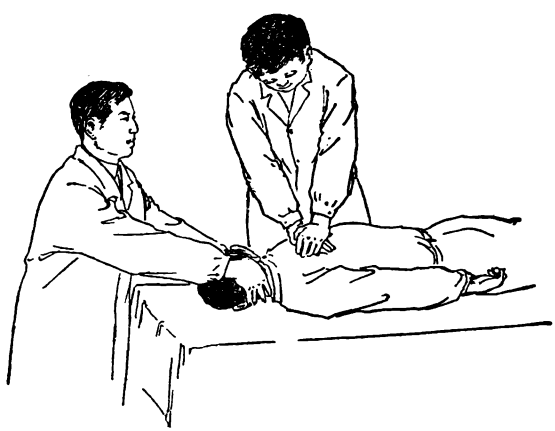


Fig. 78 Méthode de traitement de traction et de pression au segment supérieur du rachis dorsal

(1) Le patient ressent de chaleur et de brûlure à la vertèbre atteinte, au minimum ces sensations peuvent durer 10-20 minutes, au maximum plusieurs heures.

(2) La douleur à la pression du côté malade de la vertèbre atteinte est allégée qu'auparavant.

(3) En général, les symptômes du patient peuvent être atténués, une partie de patients (en général les patients en stade ultérieur) auront des symptômes aggravés dans les 3-5 jours, mais les douleurs seraient diminuées dès le réveil matinal ou après le repos. 3-5 jour après, les signes s'amendent graduellement.

(4) Il peut apparaître l'accentuation de la douleur des deux côtés de la vertèbre atteinte originale et des autres sièges, tels que: au cou et au segment supérieur du rachis dorsal peuvent apparaître des douleurs de l'omoplate et du bras, tandis qu'au rachis lombaire, les douleurs des parties externes de la fesse et de la cuisse surgissent. En général, ces douleurs diminuent progressivement de haut en bas ou disparaissent dans les 1-3 semaines. Si l'on pratique le traitement par pression sur des points, la période de récupération peut être raccourcie. Dans les cas de l'hypertonie des muscles autour de l'articulation de l'épaule du membre supérieur et des limitations relativement graves des mouvements, le traitement est obligatoire (selon la méthode de traitement des parties molles périarticulaires de l'épaule).

S'il n'y a pas de réactions susmentionnées, dans 3-4 jours appliquer de nouveau le même traitement.

Autres traitements: Dans les cas de lésions relativement grandes des ligaments surépineux, après la réduction, on peut se servir de l'application du vinaigre au gingembre. Ceux qui ont des traumatismes du rachis cervical doivent éviter de tout son possible

la flexion, l'extension et la torsion à grande amplitude du cou. Dans les cas de traumatismes du rachis lombaire et du segment inférieur du rachis dorsal, après la réduction, le patient doit se passer de la flexion et de la rotation lombaires. Ceux qui ont des traumatismes du segment supérieur du rachis dorsal, dans les 2-3 semaines après la réduction, doivent éviter la mobilisation à grande amplitude de l'articulation de l'épaule et de l'omoplate, en vue de prévenir la rechute. D'après les observations cliniques, pas mal de patients, après la réduction, leurs affections se récidivent très facilement, donc il faut accorder de l'importance à la stabilisation de réduction.

[Efficacité] Dans le traitement du syndrome des parties molles et des petites articulations, le traitement par pression sur des points donne de bons résultats: pour les cas récents, il permet de recouvrer 3-5 jours après le traitement; pour les cas prolongés, la guérison est obtenue 1~3 semaines après le traitement.

[Observation] Mme Zheng, 43 ans, employée de l'Usine de Machine électrique de Laoshan. Due à l'entorse brusque du cou, la tête et le cou ne pouvaient pas réaliser l'antéversion et le tournement, il existait de la douleur cervico-scapulaire, ainsi demandait-elle la consultation à notre hôpital. Examen avant le traitement: douleur exquise à la pression sur le côté (gauche) de l'apophyse épineuse légèrement déviée de D_2. Diagnostic: syndrome des parties molles et des petites articulations. Après le traitement par pression sur des points, la douleur est soulagée sur-le-champ et le cou peut se mouvoir librement.

Traumatisme par rotation des Vertèbres D_2, D_3, D_4

[Etiologie] Le traumatisme par rotation des D_2, D_3, D_4 est dû à la torsion brusque, à l'effort trop violent tels qu'on saisit le

coq, le lapin. Tout cela engendre la rotation exagérée des D_2-D_3 ou des D_3-D_4, qui provoque les troubles des petites articulations des D_2-D_3 ou D_3-D_4 et des spasmes traumatiques des articulations du rachis et de ses parties molles environnantes. En raison des caractéristiques de cette affection qui se manifestent aux D_2-D_3 ou D_3-D_4 et l'apparition des symptômes symétriques des deux membres supérieurs, c'est pourquoi on les relate séparément.

[Symptômes] Les manifestations cliniques se traduisent par l'engourdissement, la douleur symétriques, l'hypersensibilité des deux régions scapulaires, épaules et membres supérieurs, ainsi que par la gêne de la flexion et de l'extension des 5 doigts dont les médius, annulaires et auriculaires en prédominent, le patient ne peut pas porter des objets ou les porte maladroitement. A l'examen physique, on découvre la douleur exquise à la pression sur les deux côtés des D_2-D_3 ou D_3-D_4; à la suite de la pression, de la percussion ou de la toux, l'engourdissement et la douleur peuvent irradier vers les membres supérieurs; les doigts des mains ressentent l'électrocution ou le picotement. Ces sensations de conduction ne correspondent pas à la distribution des nerfs. De plus, les membres supérieurs craignent le froid et aiment la chaleur, il existe encore des symptômes de la desquamation des mains.

[Diagnostic] Selon l'anamnèse et les symptômes, on peut établir le diagnostic.

[Traitement] Confer le traitement du syndrome des parties molles et des petites articulations. A propos de la manipulation du traitement des membres supérieurs, confer celle des membres supérieurs dans le traitement de la cervicarthrose.

[Efficacité] L'effet du traitement par pression sur des points des traumatismes des D_2-D_3 est manifeste. En général, ils guéris-

sent dans 2-4 semaines. Ils traînent par contre s'ils n'obtiennent pas de traitement adéquat.

[Observation] M. Zhou, 38 ans, habite au village Yuan Tou, canton Xia Zhuang, district Laoshan. Il travaille dans la carrière. Il y a 6 jours, après qu'il avait déplacé des pierres dans la voiture, il ressentait des mains engourdies et incapable de les réaliser l'extension et la flextion. Même qu'il prenait des médicaments et s'était soumis à des injections, l'efficacité ne s'avérait pas. Examen avant le traitement: douleur exquise à la pression sur les 2 côtés des D_3-D_4, s'irradiant par la percussion vers les membres supérieurs jusqu'aux bouts des doigts, présence des douleurs évidentes à la pression aux côtés internes des membres supérieurs (bouts distaux). Les mains sont impossibles à réaliser l'extension et la flexion (il semble qu'il existe de picotement lors de la flexion). Le patient ne peut pas porter des objets avec les mains. Diagnostic: Traumatisme par rotation des D_3-D_4. Après une séance de traitement par pression sur des points, instantanément les symptômes sont allégés; ils sont complètement disparus après 3 séances de traitement.

Hernie discale lombaire

[Etiologie] Le mauvais développement et la dégénérescence sont des causes intrinsèques de cette maladie. Le traumatisme des lombes se voit dans les cas suivants: (a) au port des objets lourds avec les lombes fléchis et en position inadéquate, (b) entorse et contusion lors du port sur l'épaule des charges avec une palanche, (c) chute et heurt, (d) traumatismes chroniques des lombes, tous peuvent engendrer la rupture des anneaux fibreux et appartiennent à des causes extrinsèques.

[Symptômes] La hernie discale lombaire s'observe surtout chez les hommes, de 20 à 40 ans. La plupart des patients ont initialement des antécédents de lombalgie, puis ils ressentent la douleur d'irradiation de un ou de deux membres inférieurs. La douleur est localisée d'abord à la fesse, puis progressivement étendue à la partie postérieure de la cuisse, à la partie postéro-externe de la jambe et au dos du pied. Elle a pour caractère d'être exagérée par la toux, l'éternuement ou l'effort lors de la défécation. Dans les cas de maladies prolongées, il existe des régions d'engourdissement sur la partie externe de la jambe et le dos du pied. Le rachis peut révéler la scoliose, plus souvent une scoliose à convexité dirigée du côté malade, le sujet montre une diminution ou un effacement de la lordose lombaire normale, voire même une courbure lombaire convexe en arrière. La mobilité du rachis lombaire est limitée, la pression sur des apophyses épineuses ou juste en dehors des vertèbres L_3-L_5, S_1 réveille la douleur laquelle irradie vers le membre inférieur. L'examen du membre inférieur malade montre le signe de Laségue positif (<70°). Lorsque la lésion se trouve au disque intéressé L_3-L_4, le signe de la traction du nerf crural est positif. Le réflexe achilléen est exagéré à la période précoce, et diminué ou aboli dans le cas de longue durée. Parfois la radiographie montre le caractéristique de la hernie discale.

[Diagnostic] Le diagnostic est fait selon l'anamnèse et les symptômes. Quand on pratique l'examen du point douloureux à la pression, la pression sur des apophyses épineuses ou juste en dehors des apophyses épineuses à la hauteur du disque atteint réveille une douleur évidente laquelle irradie vers le bas; dans peu de cas, elle ne réveille pas de douleur évidente, on ne trouve qu'un territoire d'hyperesthésie. Quand on martèle avec le poing, le mem-

bre inférieur homologue présente aussi des douleurs irradiées. Il apparaît aussi des douleurs à la pression dans la région fessière et au creux poplité.

[Traitement]

Pression sur des points: La réduction est en prédominance. Il existe plusieurs méthodes de réduction:

(1) Méthode de réduction par pression. Patient en décubitus ventral ou debout, choisir précisément le point douloureux à la pression aux deux côtés du rachis lombaire (environ à 2,5 cm à côté du rachis), l'opérateur presse sur le point douloureux à la pression. Si le patient est en position de décubitus ventral et que l'opérateur soit capable d'exercer une forte pression avec le pouce, il peut le faire. En cas d'insuffisance de force au pouce ou le patient est robuste et gros, il peut exécuter la pression avec le coude (fig. 79). Lorsque le patient est en position debout, il n'a plus qu'à exercer la pression avec le pouce. Il y a 2 sortes de méthodes d'effort en pression: (a) Lors de la pression, la manipulation se fait avec une force croissante, le patient ressent d'abord

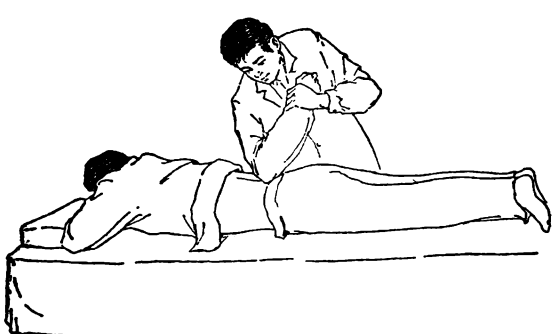


Fig. 79 Méthode de réduction par pression au coude

l'endolorissement et le gonflement locaux, et puis à mesure de l'augmentation de force de pression, le gonflement douloureux régresse progressivement. Si la pression dure 2-3 minutes, le membre inférieur présente une sensation de chaleur et de paresthésie, cette méthode est généralement utilisée en décubitus ventral. (b) Lorsque le patient tousse avec effort, brusquement l'opérateur presse sur le point douloureux avec habileté, une pression survient au moment de la toux, on répète ainsi plusieurs fois ou une dizaine de fois. En général, on ne l'utilise que quand le symptôme de la toux du patient est évident, le patient peut prendre soit la position debout, soit la position de décubitus. Lors de la pression en position debout, le tronc du patient se met en extension appropriée, l'opérateur embrasse les lombes du patient d'une main, et presse sur le point d'une autre main (fig. 80). La méthode de réduction par pression est généralement indiquée chez les patients qui présentent de douleur vive, de tension à la région lombaire, ou chez les cas où d'autres méthodes de réduction ne comptent pas (tels que chez les vieillards, les débilités, les femmes enceintes), cela peut d'abord alléger les symptômes; ou elle est indiquée dans les cas existant encore des signes de stimulation légère des racines nerveuses à la suite d'autres méthodes de réduction.

(2) Méthode de réduction par torsion. Il y en a quatre sortes: (a) Méthode de tiraillement du genou et de torsion: Le patient assis sur un tabouret carré, se tordant vers le droit, la cuisse droite est posée sur le genou gauche, les mains empaument les sommets des épaules, le bras gauche en dessus. Le côté droit du thorax de l'opérateur s'approche du sommet de l'épaule gauche du patient et le supporte en avant, sa main droite saisit la partie sus-jacente du coude du patient, sa main gauche saisit le genou droit, les deux

mains se tournent dans le sens opposé. L'amplitude de torsion du tronc au-dessus de L_4 est grande (fig. 81), celle du membre inférieur au-dessous de L_5 est aussi grande (fig. 82). Une fois un

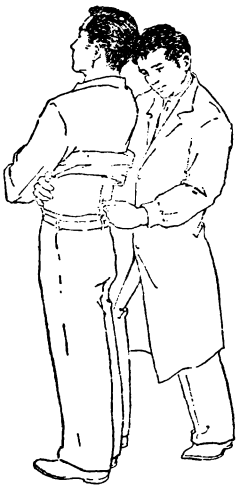


Fig. 80 Méthode de pression par embrassement des lombes

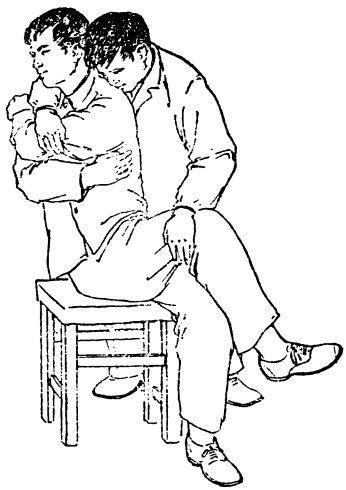


Fig. 81 Méthode de tiraillement du genou et de torsion du tronc

bruit "Ga Ba" se fait entendre, cela signifie que la réduction a été réalisée. Lorsque le patient se tord vers la gauche, les manipulations de l'opérateur sont dans le sens opposé. En général, la réduction s'obtiendra si l'opérateur pratique les manipulations en tournant vers le côté atteint; si la réduction ne peut pas être obtenue, il pratique les manipulations en se tournant vers le côté sain. (b) Méthode de poussée de l'épaule et de torsion: Le patient assis sur un tabouret carré ou au bord du lit, avec genoux fléchis, pieds en

Fig. 82 Méthode de tiraillement du genou et de torsion du membre inférieur

Fig. 83 Méthode de poussée de l'épaule et de torsion

angle droit par terre, en position naturelle. L'opérateur se tient debout devant le patient, lorsqu'il pratique la torsion vers la gauche, il se tient devant le côté gauche du patient, son membre inférieur gauche se rapprochant du membre inférieur gauche du patient, deux mains empaumant séparément les deux épaules du patient, les tiraillent vers gauche et vers droite en augmentant graduellement la force (on demande le patient à détendre), ensuite brusquement, les deux mains pratiquent la torsion vers gauche (fig. 83). Quand un bruit "Ga Ba" se fait entendre, cela signifie que la réduction a été réalisée. La torsion vers droite se fait en

sens opposé. (c) Méthode de torsion par deux personnes: Le patient assis (sur un banc ou au bord du lit), avec les pieds en angle droit par terre, l'assistant assis au côté sain du patient ,utilise le genou qui est près du patient pour buter contre la portion supérieure de la cuisse de ce dernier, il emploie une main à pousser la face antérieure de l'articulation scapulo-humérale du côté sain du patient, une autre main de l'assistant empaume l'omoplate du côté atteint; l'opérateur est assis au côté atteint du patient, l'extrémité du pouce d'une main touche l'apophyse épineuse du côté atteint de la vertèbre atteinte (le toucher peut aussi se faire à l'espace interépineux), ou bien il saisit l'avant-bras du côté atteint du patient avec une main, l'autre main embrasse la région lombaire ou la portion inférieure de la cuisse du côté sain. Sous le signe, l'assistant fait la torsion vers le côté atteint, l'opérateur presse sur la vertèbre avec le pouce vers le côté sain ou bien le fixe pour faire la torsion, quand un bruit "Ga Ba" de la vertèbre atteinte se fait entendre, cela signifie que la réduction a été faite. S'il ne produit pas de bruit, on peut répéter les manipulations susmentionnées. 4) Méthode de torsion en décubitus latéral: Le patient en décubitus latéral, le côté sain est en dessous, la jambe du côté atteint repliée, l'opérateur se tient debout devant l'abdomen, il saisit l'épine iliaque antéro-supérieure avec une main (pousser en avant) et la veste (tirer vers le derrière) avec une autre main (l'avant-bras se rapproche de l'épaule du patient). Lorsque la poussée et le tirage atteignent l'amplitude maximum, ensuite brusquement il pousse et tire avec habileté (fig. 84-(1)). Quand un bruit "Ga Ba" se fait entendre au niveau de la région lombo-sacrée, cela signife que la réduction a été réalisée. Si le but de la thérapeutique n'est pas atteint, les deux mains peuvent changer de position, une main saisit la région de la hanche

(tirer en arrière), une autre main la partie antérieure de l'articulation scapulo-humérale, en changeant de sens de poussée et de tirage (fig. 84 -(2)).

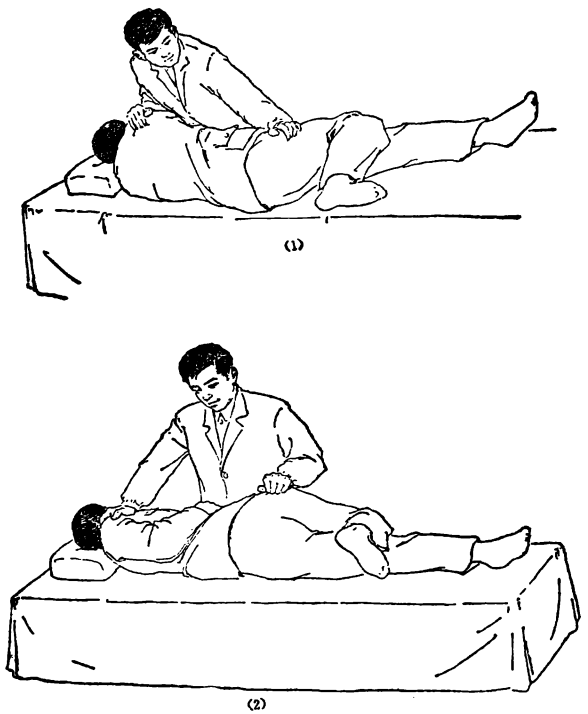


Fig. 84 Méthode de torsion en décubitus latéral

Les méthodes de réduction de torsion précitées s'emploient habituellement pour des cas relativement légers.

(3) Méthode de réduction par étirement et pression. Il y en a deux sortes: 1) Réduction par étirement d'une jambe et pression: le patient en décubitus ventral sur un plan dur, l'opérateur utilise

les deux paumes de mains superposées ou le coude pour exercer la pression sur la vertèbre atteinte (surtout L_5-S_1), (La méthode est identique à celle de réduction par pression dans le traitement du syndrome des parties molles et des petites articulations), un assistant se tient debout derrière la plante du pied du patient, saisit la partie sus-jacente de la cheville avec les mains (fig. 85). L'opéra-

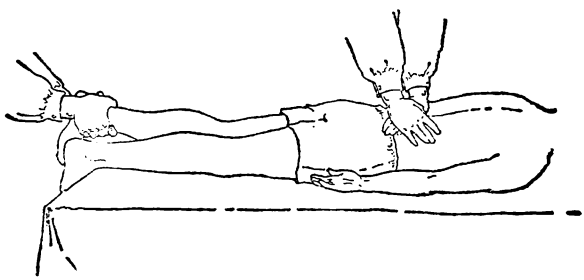


Fig. 85 Méthode de réduction par étirement d'une jambe et pression

teur fait le signe, exerce la pression forte avec les mains, en même temps l'assistant secoue et tire la cheville vers le derrière (environ 15° en dehors et en haut). Une fois un bruit "Pa Ba" se fait entendre, cela signifie que la réduction a été réalisée. On peut répéter l'étirement 3-5 fois. 2) Méthode de réduction par étirement des deux jambes et pression, c'est-à-dire le patient en décubitus ventral sur le plan dur, deux assistants, debout derrière les plantes des pieds, saisissent séparément le parties supérieures des deux chevilles du patient, l'opérateur presse fort sur la vertèbre atteinte avec les mains superposées (le procédé est le même que le précédent) et fait le signe qu'il presse (la vertèbre atteinte) avec effort, les deux assistants secouent et tirent simultanément (les chevilles) en

arrière (environ 15° en dehors et en haut). Une fois un bruit "Pa Pa" se fait entendre, cela signifie que la réduction a été réalisée (fig. 86). Les conduites à tenir des deux méthodes de réduction d'étirement et pression précitées consistent à ce que lors de l'alternative de l'inspiration et de l'expiration du patient, l'opérateur et l'assistant font l'effort simultanément sur un seul point en tirant et pressant subitement.

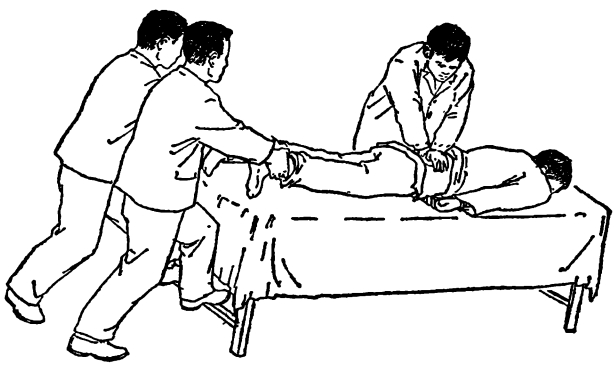


Fig. 86 Méthode de réduction par étirement des deux jambes et pression

(4) Méthode de réduction en décubitus dorsal par étirement d'une jambe. Le patient en décubitus dorsal, l'assistant fixe les deux épaules du patient, l'opérateur saisit la partie sus-jacente de la cheville du membre atteint, et il la secoue et tire vers le derrière (fig. 87) jusqu'à ce que les rémissions de la douleur obtiennent. Cette méthode qui est douce et ne fait pas souffrir, est adoptée souvent dans les cas qui ne conviennent pas à la méthode de réduction plus forte.

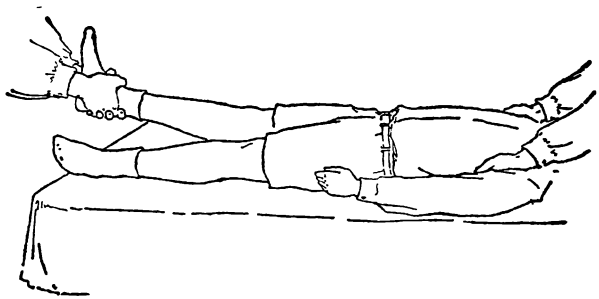


Fig. 87 Méthode de réduction en décubitus dorsal par étirement d'une jambe

Chez les patients ayant de douleur vive, si la douleur ne s'allège pas après l'étirement et la pression, on peut répéter les manipulations une dizaine de fois, ou selon l'intensité de la douleur, on augmente ou diminue le nombre d'étirement et de pression jusqu'à ce que les rémissions de la douleur soient obtenues. Dans ces cas-là, l'excès d'effort est inconvenant, tous les 2-4 jours, on peut encore étirer et presser avec la même méthode jusqu'à ce que la douleur s'atténue.

En ce qui concerne les réductions susmentionnées, on procède d'abord à la méthode de pression ou la méthode de torsion, s'il n'y a pas d'effet, alors on procède à la méthode d'étirement et de pression.

Autres traitements:

(1) Après la réduction de torsion en positions assise et debout, la méthode de décubitus consiste à ce que les membres inférieurs du patient sont repliés. Le patient mobilise l'énergie, étire les lombes, et tout le corps s'efforce. Une main de l'opérateur embrasse le cou du patient, une autre main se pose sous les creux poplités (fig. 88-(1)). En même temps que l'opérateur soulève les

membres inférieurs et embrasse les cou, il exerce une poussée et un tiraillement, en posant le patient sur le lit lentement (fig. 88-(2)).

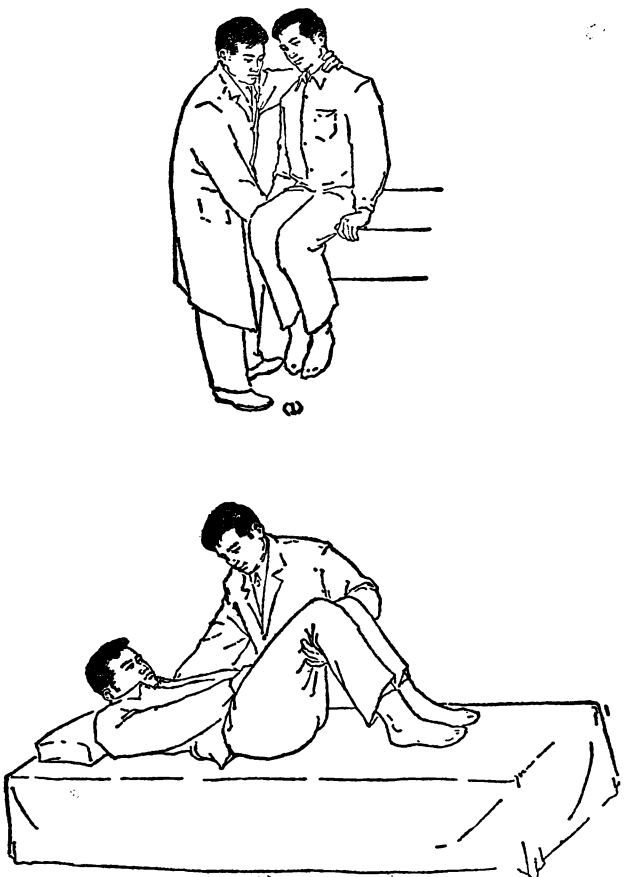


Fig. 88 Méthode de réduction de décubitus après la torsion

Le repos au lit est conseillé pendant 3-7 jours après la réduction, soit en décubitus dorsal, soit en décubitus ventral. Si les réactions d'alitement sont relativement fortes et que le patient ne puisse pas les tolérer, il peut aussi coucher sur le côté. En décubitus dorsal ou ventral, le patient peut fléchir une jambe (fig. 89-(1)). Lors du décubitus latéral, le membre inférieur sain est au-dessous du membre atteint et le membre atteint peut être replié (fig. 8-(2)).

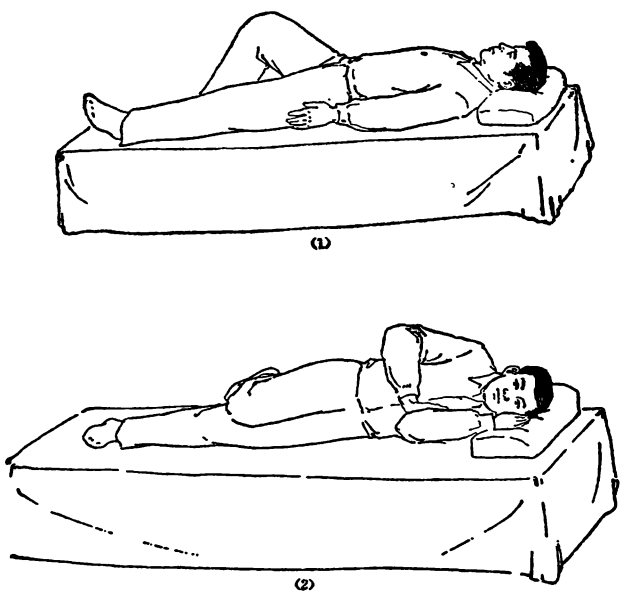


Fig. 89 Méthode de décubitus

Il existe deux méthodes de retournement sur le lit: 1) Conseiller le patient de faire la mobilisation de l'énergie et

étendre tout le corps, l'opérateur soutient l'épaule du patient avec une main et la fesse avec une autre main, les deux mains pratiquent simultanément le retournement du corps avec effort vers le côté opposé juqu'à ce que le patient puisse s'être couché à plat ventre ou s'être couché sur le dos (fig. 90-(1)). 2) Le membre atteint est replié, l'opérateur soutient l'épaule du patient avec une main, et le côté externe du genou du membre atteint avec une autre main, les deux mains pratiquent simultanément le retourne-

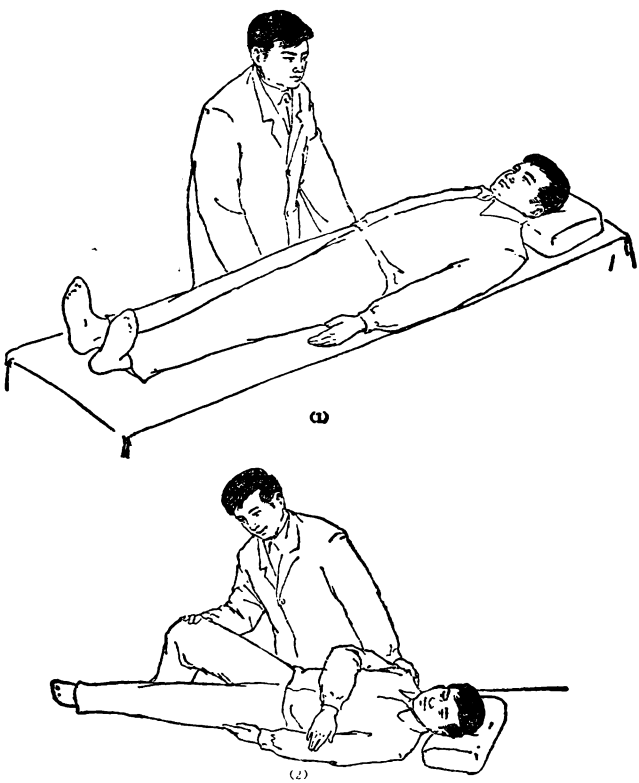


Fig. 90 Méthode de retournement

ment du corps vers le côté opposé jusqu'à ce que le patient puisse s'être couché sur le côté (fig. 90-(2)). Après le lever, il n'est pas permis au patient de fléchir les lombes et de faire la rotation du tronc; un mois plus tard, la patient peut mener des activités ordinaires tels que la promenade, l'entraînement de Qi Gong (éviter tout travail manuel); environ trois mois plus tard, il peut participer petit à petit au travail manuel de ce qu'il peut.

Au moment de la défécation et de l'urination au lit, le patient peut prendre le décubitus dorsal ou latéral, en se servant du bassin (hygiénique). Si le besoin naturel n'est pas résolu en utilisant le bassin, on peut étaler des membranes en matière plastique (sur lesquelles on pose des papiers hygiéniques), si l'on échoue encore, pour les cas légers, lors de décubitus ventral, le patient s'agenouille à l'aide des mains (fig. 91), puis il fait la défécation et l'urination soit en position assise, soit en station debout. Lorsque le patient est couché sur le dos, les membres inférieurs repliés, l'opérateur

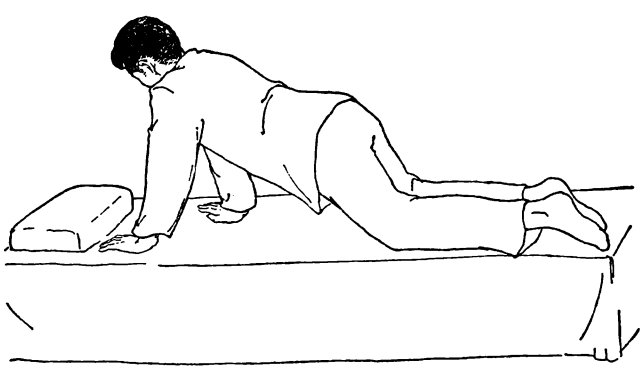


Fig. 91 Méthode de se lever par agenouillement à l'aide des mains

soutient le cou du patient avec une main, les deux creux poplités avec une autre main. Simultanément il soulève les membres inférieurs et embrasse le cou avec les mains, en exerçant une poussée et un tiraillement de sorte que les membres inférieurs du patient soient placés au-dessous du lit, alors le patient est mis en "position assise-debout", la défécation ou la miction est réalisée en accroupissement ou en position assise ou debout. Si cela provoque le vertige, on peut recourir à la méthode du tapement sur l'épaule et la tête.

(2) Dans les cas de scoliose grave, on peut procéder à la méthode de torsion à maintes reprises, en même temps qu'on associe à la traction de la méthode artisanale.

(3) Un laps de temps après la réduction, si le patient se ressent encore la douleur lombo-crurale, on peut la traiter selon la méthode de traitement de la sciatique, et y associe l'acupuncture-moxa et l'injection des médicaments aux points.

(4) Dans les cas où la réduction se fait à maintes reprises et à la suite de la pression sur des points, s'il existe encore des symptômes de stimulation légère des racines des nerfs, on peut recourir à l'application externe des drogues traditionnels chinois sur la vertèbre atteinte ou au blocage du massif articulaire (par des infiltrations médicamenteuses). Dans les cas où les symptômes persistent, on peut recourir à la thérapeutique par blocage extradural qui donne généralement de bons résultats.

[Efficacité] Le traitement de la hernie discale lombaire par la pression sur des points donne de bons résultats. L'effet est en particulier relativement rapide dans les cas récents. Après la réduction, à la suite de 1-2 mois de traitement, le patient peut être fondamentalement rétabli; dans les cas anciens, après la réduc-

tion, à la suite de 3-4 mois de traitement, le rétablissement se voit de même.

[Observation] M. Feng, 55 ans, habite N°42, Zhong Xing Lu, district Cang Kou, Qingdao. Il y a deux jours, par inattention, il s'est foulé les lombes lors du transport des objets, ainsi qu'il ne pouvait pas se tourner dans son lit, ni s'asseoir, il ne pouvait non plus s'occuper de la vie quotidenne. Examen avant le traitement: douleur exquise à la pression sur les côtés des apophyses épineuses des L_3, L_4; présence de la paresthésie et de la douleur d'irradiation au membre inférieur gauche lors du martèlement, signe de Laségue positif, atténuation de l'extension dorsale des orteils gauches. Diagnostic: hernie discale lombaire. Après une séance de traitement par pression sur des points, le patient ressent à l'instant le soulagement évident de la douleur lombo-crurale, à la suite d'un mois de traitement, l'affection est pratiquement guérie.

Sciatique

[Etiologie] On classe les névralgies sciatiques en névralgie essentielle et névralgie symptomatique. (a) La névralgie sciatique dite essentielle (névrite sciatique) est due souvent à l'envahissement par l'infection, par le rhumatisme et par le froid. (b) Les névralgies sciatiques symptomatiques sont dues à la compression mécanique et à l'adhérence engendrées par le processus pathologique des tissus de voisinage du trajet du nerf sciatique tels que la hernie discale lombaire, les tumeurs du rachis, la tuberculose, les lésions des articulations intervertébrales et sacro-iliaques, les lésions intrapelvienes, ainsi que les microtraumatismes des parties molles des lombes, de la fesse, de la cuisse.

[Symptômes] Les manifestations cliniques résident en la douleur continuelle du trajet du nerf sciatique (région fessière, partie postérieure de la cuisse, partie postéro-externe de la jambe et partie externe de la face dorsale du pied), elle est sous forme de douleur sourde, picotement, brûlure ou gonflement, s'exacerbe souvent par crise, et est plus intense pendant la nuit et à la suite des mouvements. Le signe de Laségue est positif, la posture fonctionnelle limitée. En ce qui concerne la névralgie sciatique dite essentielle, il existe le long du trajet du nerf sciatique la douleur d'irradiation et le point douloureux évident à la pression. Le froid et l'humidité en sont souvent des causes prédisposantes. Les névralgies sciatiques symptomatiques peuvent coexister avec des affections essentielles, la douleur s'exacerbe lors de la toux et de l'éternuement, la douleur paravertébrale à la pression irradiant vers le membre inférieur. D'ailleurs, toutes les deux formes de névralgie peuvent se compliquer des troubles de la fonction neuro-végétative.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Le patient en décubitus ventral, on cherche les points, lignes et zones douloureux par la méthode de pression.

(2) Le long de la ligne douloureuse, tapoter légèrement ou modérément 5-10 fois; tapoter relativement fort sur Jianwai, Fuxi, Yangxia, Woneixia, Woneishang, Tunwai, Jizhong, Yaoyan et les points douloureux.

(3) Presser fort ou remuer 3-5 fois les points douloureux principaux, et encore les atures points douloureux ou lignes douloureuses.

(4) Le patient en posture limitée, presser fort 5-7 fois sur

les points douloureux, les lignes douloureuses et les muscles en tension. En ce qui concerne le traitement de la posture limitée, voir le point commun 2 du syndrome douloureux cervico-lombaire.

(5) Le patient en décubitus ventral, tapoter légèrement et modérément 3-5 fois sur la ligne douloureuse suivant son trajet.

(6) Dans les cas graves d'engourdissement et d'asthénie, tapoter modérément sur Dazhijian, Xiaozhijian, Jiexi, Zusanli, Jianwai, Feizhong, Jingzhong, Fuxi, Yangxia. Tunwai, Yaoyan. Dans les cas graves d'engourdissement, la manipulation doit être forte, presser fortement sur Dazhijian, Xiaozhijian, Majin. Dans les cas de la déviation de la fesse, presser fortement sur Zuojie (côté atteint).

Au cours du traitement, selon les différents symptômes, on choisit quelques méthodes convenables susmentionnées, par exemple, on adopte primordialement les méthodes (2), (3), dans les cas de douleur évidente; les méthodes (3), (4), dans le cas d'endolorissement vif et gonflement visible; la méthode (4) dans les cas de tension manifeste; la méthode (6) dans les cas d'engourdissement et d'asthénie.

Autres traitements: Dans les cas graves et de durée relativement longue, on peut y associer l'acupuncture ou les médicaments traditionnels chinois. L'acupuncture doit reposer principalement sur les points, lignes et zones douloureux. Au cour du traitement, à la période tardive, on doit intensifier encore l'entraînement des muscles lombaires et la rééducation fonctionnelle du membre inférieur, tels que la flexion des lombes, l'accroupissement-redressement, la pratique des mouvements du sens limité sous la posture limitée, etc. En général, le martèlement des lombes et du membre atteint est appliqué dans le traitement des phases moyenne et

tardive, même à la suite de la disparition des symptômes. On doit persévérer dans le martèlement pendant une longue période.

[Efficacité] Quant à l'efficacité de la hernie discale lombaire voir l'hernie discale lombaire. Dans les cas de névrite sciatique rhumatismale et de sciatique due aux microtraumatismes des parties molles des régions des lombes, de la fesse et de la cuisse, leur efficacité s'avère bonne, en général, à la suite de 1-3 cures l'affection guérit. Selon les observations cliniques, les disparitions de la douleur, de l'endolorissement et du gonflement sont plus rapides que celles de la tension et de l'engourdissement, mais les disparitions de l'engourdissement, de la tension sont particulièrement importantes. Certains patients cessent de traiter, lorsque la douleur, l'endolorissement et le gonflement son disparus, mais à la suite du surmenage et des envahissements par humidité et par froid, l'affection récidive facilement.

[Observation] Mm Yin, 39 ans, habite N°27, Dalian Lu, Qingdao. Atteinte de la maladie depuis plus d'un an. En 1964, un hôpital a fait le diagnostic de sciatique. Avant le traitement par pression sur des points, le dos s'est courbé, et elle était incapable de se tenir droit, la patiente ne pouvait soulever le membre, ni marcher. Après plus de 2 mois de traitement par pression sur des points, la sciatique guérit.

Lésions des parties molles de la fesse

[Etiologie] Chez la plupart des patients atteints des lésions des parties molles de la fesse, ils ont l'anamnèse du port de lourdes charges sur l'épaule et des antécédents de traumatisme par l'entorse soudaine, la torsion, la chute, le battement, etc. Les traumatismes les plus rencontrés sont les lésions du rameau cutané su-

périeur de la fesse, du muscle piriforme et du muscle grand fessier.

[Symptômes] Les manifestations cliniques se traduisent principalement par des douleurs unilatérales de la région lombaire et de la fesse irradiant vers le membre inférieur atteint. Les douleurs des traumatismes aigus sont évidentes, mais de caractère différent soit sous forme de douleur sourde, de picotement, de l'endolorissement ou de douleur de rupture, soit dans les cas graves, sous forme de douleur de l'incision par le couteau, de douleur de caractère pulsatile d'un abcès. Les mouvements fonctionnels qui consistent à se lever, à s'asseoir, à se tenir debout, à marcher peuvent être gênés. Dans les cas graves, le patient ne peut pas s'occuper de la vie quotidienne. A la partie externe de la fesse et aux parties externes, postérieures de la cuisse existent des points, des lignes et des zones douloureux évidents. Lorsque le rameau cutané supérieur de la fesse est lésé, une masse rubanée apparaît à la partie supéro-externe de la fesse. Lors de la lésion du muscle piriforme, une masse rubanée est palpable sur la zone étendant de l'épine iliaque postéro-supérieure à la zone du grand trochanter du fémur. L'enflure et la douleur à la pression peuvent apparaître à la région lésée.

[Diagnsotic] En éliminant les affections des lombes, le diagnostic peut être établi sans difficulté selon l'anamnèse du traumatisme et les symptômes. Chez l'enfant, en ce qui concerne les lésions des parties molles de la région fessière, prêter attention de les distinguer de la paralysie infantile.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Le patient en décubitus ventral, tapoter légèrement sur la ligne douloureuse de la face externe du membre inférieur 3-5

fois, tapoter un peu fort sur la ligne de stimulation des régions des lombes et de la fesse.

(2) Préciser bien et presser fort sur les points et les lignes douloureux, presser sur et remuer les points et les lignes douloureux de la région fessière 3-5 fois. Faire effort vers la gauche et la droite en remuant.

(3) Le patient en position de croisement des jambes ou en flexion des lombes. L'opérateur, de dehors en dedans, presse sur et remue les points et les lignes douloureux. On peut appliquer la méthode de traitement de la sciatique pour soigner des lésions du muscle piriforme.

(4) Tapoter légèrement 3-5 fois sur la ligne douloureuse de la face externe du membre inférieur.

Autres traitements: Après le traitement des lésions des parties molles de la fesse, un repos adéquat doit être envisagé. Dans les cas de gonflement évident des régions traumatisées, il permet d'utiliser le traitement par application de gingembre au vinaigre.

[Observation] M. Li, 58 ans, travaille dans l'usine des Machines de Textile de Qingdao, En avril 1970, sa fesse droite a été blessée par les cailloux. A ce moment-là, il ne ressentait que le gonflement douloureux local, mais il pouvait persister au travail. Le lendemain matin, il ne pouvait pas se lever, la douleur du membre droit était intolérable, 3 jours après, les symptômes ne s'amélioraient pas et la partie externe de la fesse devenait violet. 4 jours après, il consultait notre hôpital. Examen avant le traitement: une plaque violette d'environ 5×5 cm manifeste à la partie externe de la fesse droite, douleur exquise à la pression à Yaoyan et au creux poplité, le patient ne peut pas se croiser les jambes, ni se fléchir les lombes, ni s'élever le membre inférieur. Après une séance de

traitement par pression sur des points, le soulagement de la douleur est évident, le patient peut descendre du lit et faire des pas à courte distance. De plus, à la suite de 3 séances de traitement par pression sur des points et de l'application locale du mélange du vinaigre et de la poudre de pomme de terre, la maladie est guérie.

Traumatisme de l'articulation sacro-iliaque

[Etiologie] A la suite d'une rotation violente en avant ou en arrière de la région sacrée ou lombaire soit au cours du travail manuel soit pendant les activités sportives. Il peut exister des lésions des ligaments ou de la subluxation de l'articulation sacro-iliaque. Mais pour certains cas, il n'y a pas de facteurs traumatiques évidents, une douleur soudaine apparaît au segment inférieur d'un côté de la région lombaire avec limitation immédiate des mouvements et difficulté de la marche. Entorse par hasard est souvent la cause primitive de cette affection. Dès lors la récidive est fréquente par suite de la flexion lombaire ou du port d'objets lourds. Le malade est venu souvent en consultation en se plaignant de la sciatique.

[Symptômes] Douleur à l'articulation sacro-iliaque en cas de traumatisme aigu et sensation simultanée de douleur du côté atteint des lombes et des fesses avec exacerbation en station debout ou en marche. Le malade se meut difficilement et craint de poser le membre atteint à terre. Parfois la douleur peut s'irradier au membre inférieur et s'accentue à la suite des toux. Les symptômes ressemblent à ceux de la sciatique. En cas de traumatisme chronique, la douleur s'exacerbe en étendant excessivement ou en tournant brusquement les lombes et se révèle à la pression et à la percussion lors de l'examen. Pour les cas aigus, il y a enflure

locale avec réaction positive à la palpation, limitation de croisement des jambes, de station debout, de flexion en décubitus latéral et allongement du membre inférieur atteint lors de l'extension des membres.

[Traitement] Réduction, favoriser la circulation de l'énergie, vivifier le sang et dégager les méridiens.

Pression sur des points: On adopte souvent des méthodes thérapeutiques suivantes:

(1) Malade en décubitus ventral ou latéral en inclinant légèrement en bas la région lombaire, on le traite par la méthode de réduction par étirement d'une jambe et pression comme on l'emploie dans le traitement de la hernie discale lombaire. L'opérateur presse sur l'articulation sacro-iliaque malade avec la main et tire la jambe 3-5 fois, le résultat est bon si un bruit se fait entendre sous la main.

(2) Méthode de torsion en décubitus latéral (voir traitement de la hernie discale lombaire).

(3) Malade en accroupissement sur la table, l'opérateur applique la poitrine ou le devant du tronc aux genoux du patient, l'embrasse, les doigts des mains s'entrecroisant et se posant derrière les deux articulations sacro-iliaques du malade. En mobilisant l'énergie, l'opérateur fait bomber subitement la poitrine et le ventre, tout en tirant les mains avec force, parfois on peut entendre un bruit (fig. 92). Cette méthode s'applique surtout aux enfants.

Autres traitements: Reposer bien après le traitement, éviter la flexion lombaire et le transport. Associer l'application du gingembre-vinaigre à l'articulation sacro-iliaque.

[Efficacité] Le traitement du tradumatisme de l'articulation sacro-iliaque par la pression sur des points apporte un bon effet.

Pour les cas chroniques, on se guérit ordinairement à la suite de 4-5 semaines de traitement. En cas de subluxation, quelques séances amènent la guérison.

Fig. 92 Méthode de l'embrassement de la région sacro-iliaque

[Observation] Garçon Wang, 15 ans, habite au village Li, district Laoshan.

Douleurs lombaires et fessières du côté droit et difficulté de la marche depuis un jour. Un jour avant, à la suite d'une course, il a éprouvé une douleur au côté droit des lombes et des fesses avec limitation des mouvements du membre inférieur droit. En étendant les jambes, le membre inférieur droit devient un peu plus long que le gauche, la douleur s'accentue après la station debout ou la marche. Examen avant le traitement: douleur manifeste à la pression sur l'articulation sacro-iliaque, limitation de croisement des jambes et de flexion en décubitus latéral. Diagnostic: traumatisme de l'articulation sacro-iliaque. Après une séance de traite-

ment susmentionné, les symptômes disparaissent. Revu après 15 jours, pas de signes pathologiques.

Cervicarthrose

[Etiologie] La cervicarthrose appelée encore syndrome des vertèbres cervicales, est formulée par des symptômes dus à la compression ou à l'irritation de la racine ou du tronc du nerf cervical de causes différentes, telles que cervicarthrite hyperplastique, hernie discale ou dégénérescence des disques cervicaux, trouble fonctionnel des articulations interapophysaires. En général, C_5-C_6 et C_6-C_7 étant les plus souvent atteintes, se voient surtout chez les hommes à l'âge de 40-60 ans. L'affection est liée étroitement à la contusion chronique, ceux dont le cou est maintenu souvent en position droite, par exemple les écrivains, les dactylographes, les couseurs, les travailleurs sédentaires sont plus faciles à attraper la cervicarthrose.

[Symptômes] La maladie s'observe chez ceux qui ont de la contusion chronique due à l'hyperextension ou à la flexion prolongée du rachis cervical. En général, au début, on éprouve soit une douleur cervicale modérée ou sourde, soit une lourdeur, un endolorissement et une malaise, soit une sensation douloureuse en forme de coupe ou de brûlure. La douleur est continue ou paroxystique. Les crises se répètent, tantôt légères tantôt graves. La douleur peut irradier vers la tête, le derrière de l'auricule ou de l'œil, le cou, le dos, la poitrine, le bras et même à la main et aux doigts en longeant l'avant-bras: Pas de force pour lever le bras et saisir l'objet pour le côté atteint. Atrophie des muscles si la maladie traîne longtemps. La partie atteinte transpire beaucoup ou au contraire pas de sueur. S'il y a atteinte d'énergie perverse exo-

gène, les signes de "Bi Zheng (syndrome de blocage)" apparaissent. Paralysie spasmodique du membre inférieur en cas de compression de la moelle épinière.

Examen: Les muscles de la nuque et du dos sont tendus et se présentent sous forme de cordons à la palpation. Points douloureux à la pression en dehors du côté atteint des apophyses épineuses et transverses des C_4, C_5, C_6, et C_7 avec irradiation vers le membre supérieur. Différents degrés de limitation des mouvements du cou et parfois production du bruit en mouvant. En cas grave, il y a disparition de la courbure cervicale et sensation d'enraidissement, les mouvements de flexion, d'extension et de rotation du cou sont limités, les muscles de l'épaule et du membre supérieur s'atrophient, le tonus et la force musculaires s'affaiblissent, les réflexes tendineux s'atténuent (augmentation de tonus musculaire et exagération des réflexes tendineux en cas de compression médullaire). Parfois il peut apparaître un trouble de la sensibilité ainsi que des tests positifs de taper la tête et de tirer le plexus brachial. La radiographie révèle l'ostéophytose des bords antérieur et postérieur des vertèbres cervicales C_4-C_5 ou C_5-C_6 en particulier, le rétrécissement des trous de conjugaison, la disparition de la courbure du rachis cervical qui devient droit et même proémine en arrière.

[Diagnostic] En général, le diagnostic est facile à établir en conformité avec les symptômes précités, les signes physiques et les radiographies. Mais il faut la distinguer de la tuberculose des vertèbres cervicales, du syndrome des scalènes, de la côte cervicale, des affections des segments cervicaux de la moelle épinière.

[Traitement] Faire circuler l'énergie, vivifier le sang, re-

lâcher les tendons, dégager des vaisseaux Luo et favoriser les mouvements articulaires.

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts 3-5 fois.

(2) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 3, 6 du membre supérieur et sur celles du cou et du thorax 2-3 fois.

(3) Tapoter faiblement le long de la ligne douloureuse 2-3 fois. Presser sur et remuer la ligne et les points douloureux en augmentant graduellement la force 3-5 fois. Le traitement se fait d'abord en position ordinaire et puis en posture limitée.

(4) Soulèvement du cou: L'opérateur soulève lentement le cou en empaumant la région occipitale du malade d'une main avec le coude fléchi et en soutenant le menton d'autre main (fig. 93-(1)). S'il y a douleur manifeste à la pression entre le sterno-cléido-mastoïdien et le sacro-épineux, on peut soulever le cou tout en empaumant la région occipitale d'une main et presser sur le point douleureux situé entre ces deux muscles avec le pouce d'autre main (fig. 93-(2)).

(5) Torsion de la tête et du cou: Appliquer la méthode de réduction de la tête et du cou par la torsion selon la méthode (4) de la pression sur des points dans le traitement de torticolis (s'il y a ostéophytose et rétrécissement des trous de conjugaison, cette méthode est contre-indiquée ou doit être faite avec précaution). En cas de douleur vive, la torsion est interdite, on peut recourir à la méthode de soulèvement du cou.

(6) Tiraillement du cou: Pour le cou raide ou dévié, on soutient le cou du malade avec une main et tiraille la tête une autre main jusqu'à à la limitation d'action et puis avec un effort agile on fait un tiraillement brusque, il est souhaitable si un bruit se

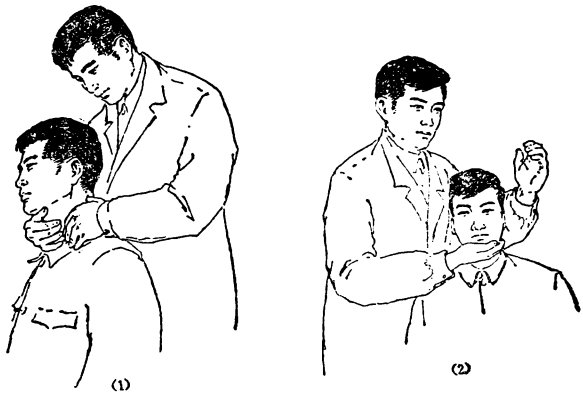


Fig. 93 Méthode de soulèvement du cou

produit. On tiraille vers le côté opposé dans le traitement du cou dévié (fig. 94).

(7) Si le symptôme d'irritation de la racine nerveuse persiste après le traitement précité et que ce symptôme s'aggrave lors de la toux, on peut presser sur le point douloureux avec le pouce au moment de la toux, une pression pour une toux, plusieurs fois de suite.

(8) Etirement du bras: en cas de douleur manifeste de l'épaule et du bras, l'opérateur peut étirer vers le haut le membre atteint avec les deux mains (fig. 95).

(9) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 3, 6 du membre supérieur et sur celles du cou et du thorax 2-3 fois.

Autres traitements: Après l'application de la méthode de réduction de la tête et du cou par la torsion, le symptômes peuvent s'aggraver durant 3-5 jours. Le malade doit s'aliter en décubitus dorsal, la tête sur un petit oreiller et tourne le cou lentement. La

Fig. 94 Méthode de tiraillement du cou

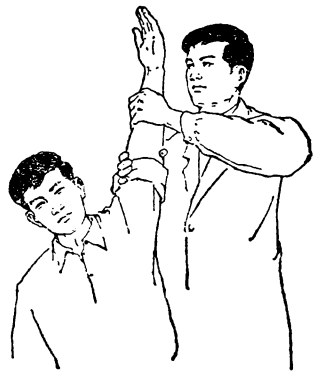


Fig. 95 Méthode de l'étirement du bras

physiothérapie, l'application externe des médicaments traditionnels chinois, des compresses chaudes peuvent s'y associer.

[Efficacité] Le traitement par pression sur des points peut libérer le nerf cervical, les vaisseaux de la moelle épinière et le nerf sympathique comprimés, calmer la douleur, dégager le spasme, augmenter l'adaptabilité et la tolérance du tissu, renforcer les muscles et les ligaments, il en résulte que les symptômes et les signes cliniques s'atténuent ou même disparaissent.

[Observation] Mme Leou, 49 ans, gynécologue de notre hôpital.

Endolorissement du cou, engourdissement du membre supérieur droit, frilosité, sensations de douleur et de lourdeur il y a

plus de 5 mois. Pas d'amélioration nette à la suite de la médication aussi bien que d'autres traitements, la maladie s'aggrave progressivement. Examen avant le traitement: douleur manifeste à la pression au côté droit des apophyses épineuses de C_5-C_7, la douleur et l'engourdissement irradient vers les doigts après la percussion. Test de tiraillement du plexus brachial: positif. Test de tapement sur la tête: positif. Disparition de sensibilité du côté radial du pouce droit, rudesse de la peau de l'avant-bras droit et atrophie des muscles de l'avant-bras. Le membre supérieur droit aime la chaleur et fuit le froid. La radiographie révèle l'ostéophytose du bord postéro-inférieur des corps vertébraux de C_4-C_6 ainsi que du bord antéro-inférieur du corps vertébral de C_4, et le rétrécissement de l'espace entre C_4 et C_5. Après un mois de traitement par pression sur des points, outre l'avant-bras droit qui ressent encore de l'endolorissement et de distension, et le membre supérieur droit qui craint le froid et sans force, tous les autres symptômes et signes disparaissent.

Torticolis

[Etiologie] Cette affection est acusée souvent par le traumatisme léger, par la position inadéquate du cou au sommeil ou par la prise du froid entraînant la subluxation des vertèbres cervicales et le spasme des muscles. Ces symptômes peuvent disparaître dans quelques jours.

[Symptômes] Raideur et douleur de la nuque avec limitation de la rotation, de l'antéversion et de la rétroversion de la tête. Parfois coexiste la douleur de l'angle interne de l'omoplate qui s'exacerbe en mouvant le bras. Examen: léger spasme des muscles

d'un côté du cou, points et lignes douloureux évidents. On peut sentir une masse en forme de cordon. Les mouvements du cou sont limités. A côté de l'apophyse épineuse des vertèbres atteintes existe la douleur à la pression.

[Diagnostic] Il peut se poser en vertu des symptôtmes. On doit prêter attention à trouver le siège des points et lignes douloureux lors de l'examen. Ils s'observent surtout aux C_4, C_5, C_6 en cas de subluxation et on sent une déviation de l'apophyse épineuse de la vertèbre atteinte avec le pouce. La douleur à la pression est évidente et peut irradier quelquefois vers le bras du côté atteint.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts 3-5 fois.

(2) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 3, 6 du membre supérieur et sur celles du cou et du thorax 2-3 fois.

(3) Tapoter faiblement le long de la ligne douloureuse 2-3 fois. Presser sur et remuer la ligne et les points douloureux avec une force croissante 3-5 fois. Le traitement se fait d'abord en position ordinaire et puis en posture limitée.

(4) S'il y a subluxation des vertèbres cervicales, appliquer la méthode de réduction de la tête et du cou par la torsion. Le malade en position assise, la tête en antéversion (formant 45° si l'affection siège aux C_4, C_5, et 60° en cas de C_6). L'opérateur soutient le menton du malade d'une main et la région occipitale d'autre main. Pendant que le malade relâche les muscles du cou et ferme la bouche, l'opérateur tire une main en dedans et pousse l'autre main en dehors (fig. 96), si un bruit "Ga Ba" se produit, la réduction est

réalisée. S'il n'y a pas de bruit, on peut tourner la tête vers le côté sain.

(5) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation du cou et du thorax.

Autres traitements: Ordinairement le torticolis se guérit après le traitement de la pression sur des points. Si le malade a l'antécédent d'entorse ou que la maladie occasionnée par la prise du vent et du froid traîne déjà longtemps, on peut y associer la physiothérapie, le lavage aux drogues chinoises et des compresses chaudes.

[Observation] Fille Zhang, 10 ans, membre de famille d'un travailleur de notre hôpital.

Douleur due au traumatisme du cou depuis 15 jours. Déviation de la tête et du cou à droite, flexion impossible. Une séance de pression sur des points amène la guérison.

Fig. 96 Méthode de réduction de la tête et du cou par la torsion

Périarthrite de l'épaule

[Etiologie] La périarthrite de l'épaule est une sorte d'altération dégénérative et inflammatoire de la capsule articulaire et des tissus périarticulaires de l'épaule. Elle s'observe surtout chez les femmes âgées de 50 ans environ. C'est pourquoi elle était nommée "Wu Shi Jian (épaule de 50 ans)" ou "Lou Jian Fen", "Jian Bi (obstacle de l'épaule)" en médecine traditionnelle chinoise, causée par l'invasion du vent, du froid et de l'humidité pervers à l'épaule, entraînant l'obstruction des méridiens et la stagnation du sang et de l'énergie.

[Symptômes] Douleur sourde unilatérale ou bilatérale de l'épaule au début, irradiant même vers le cou et le bras, elle est modérée pendant la journée et s'aggrave dans la nuit, la malade se réveille souvent de la douleur. Après le lever, la douleur s'atténue à la suite des mouvements. La rotation en dehors, l'abduction et l'extension du bras sont limitées en raison de la douleur qui est très gênante pour l'habillement, la toilette et d'autre activités usuelles. A la période avancée, les tissus altérés se fusionnent et le trouble fonctionnel s'aggrave en formant "Dong Jian" encore appelé "Jian Ning (épaule bloquée)".

[Diagnostic] En vertu de l'anamnèse et des symptômes, ce n'est pas difficile à poser le diagnostic. Mais il faut la distinguer de la fracture et de la luxation de l'épaule, ainsi que du syndrome des petites articulations et des tissus mous des vertèbres cervicales et dorsales.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Manœuvrer selon la manipulation préparatoire du traitement de routine.

(2) Presser sur Quchi, Zhouwai, Hejian. Presser sur et remuer Jubi, Jiannei, Jianyu, Gangzhong, Zhima, Binei, Jianjing et les points et lignes douloureux 3-5 fois.

(3) Malade en position limitée, presser sur et rumuer les points et lignes douloureux ainsi que les muscles tendus 5-7 fois. (confer le point commun 2 du syndrome douloureux cervico-lombaire).

(4) Manœuvrer selon la méthode (4) du traitement routinier du syndrome douloureux.

Autres traitements: En cas grave, on peut y associer l'électrothérapie, l'acupuncture et la médication. La rééducation de l'épaule doit être effectuée, le bras atteint se meut vers la direction limitée, si l'élévation du bras est limitée et provoque la douleur, il faut alors s'efforcer à effectuer l'élévation chaque jour. Marteler le membre atteint et surtout les points et lignes douloureux aux environs de la région scapulaire, de l'articulation de l'épaule et du deltoïde.

[Efficacité] La pression sur des points donne un bon effet. Pour les cas légers, une séance suffit, dans les cas graves 2-3 séances. Mais s'il y a adhérence de l'articulation de l'épaule, le malade doit suivre un traitement à longue durée pour obtenir la guérison.

[Observation] Mme Cai, 48 ans, travaille à l'usine textile N° 7 de Qingdao.

Scapulalgie droite depuis octobre 1969 et puis apparition progressive de limitation des mouvements de l'épaule en sorte qu'elle ne puisse que toucher la tête avec sa main droite et non l'épaule du côté opposé ni le dos. Elle est venu nous consulter le 22 mai 1970. Examen avant le traitement: douleur évidente à la pression sur des faces antérieure et postérieure de l'articulation de l'épaule

aussi bien qu'à la région scapulaire. Limitation nette lors de l'élévation et de l'extension du bras droit. 30 séances de pression sur des points amènent la guérison.

Entorse et contusion de l'articulation du poignet

[Etiologie] L'affection est due au traumatisme à la suite d'un faux pas ou à la contusion chronique.

[Symptômes] Douleur sourde locale, légère enflure, exacerbation de la douleur en mouvant l'articulation du poignet et diminution de force d'empoignement après le traumatisme. On doit distinguer la contusion de l'articulation du poignet de la fracture des os carpiens ou de la luxation. Douleur vive, enflure manifeste, limitation nette des mouvements de l'articulation du poignet et sensation de frottement en mouvant l'articulation apparaissant à la suite d'une fracture. Les symptômes sont clairs en cas de luxation: proéminence du poignet, articulation en état de flexion, extension impossible, trouble de flexion-extension et de sensibilité des doigts.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts et les articulations interphalangiennes 2-3 fois. Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation de l'avant-bras et sur Hegu, Hejian, Wanbei, Shousanli, Jingqu, Yinxi, Quchi, Biwai, etc.

(2) Presser sur et remuer les poins et lignes douloureux à plusieurs reprises et puis presser sur et remuer ces points et lignes en posture limitée.

(3) Empaumer l'articulation du poignet avec les deux mains et la tourner avec une force croissante à droite et à gauche 5-10 fois.

Autres traitements: Si l'enflure de l'articulation du poignet

est exquise, laver la région atteinte avec du vinaigre chaud. Repos adéquat en temps de traitement et prévenir la fatigue de l'articulation.

Epicondylite

[Etiologie] L'épicondylite appelée encore inflammation de la synoviale huméro-radiale, s'observe surtout chez les sportifs de tennis, d'où le nom de "tennis elbow". C'est un syndrome de douleur du côté externe de l'articulation du coude dont la pathogénie n'est pas encore bien connue. Il est possible qu'elle soit consécutive à la contusion chronique de longue durée. La plupart des malades sont des artisans.

[Symptômes] Impossibilité de prendre l'objet par l'avant-bras et de fermer le poing avec force. Asthénie de l'articulation du poignet. Douleur pongitive du côté externe de l'articulation du coude, elle s'exacerbe en faisant des mouvements de rotation, d'extension, d'élévation, de traction, de préhension et de poussée. Douleur manifeste à la pression sur l'épicondyle et sur les alentours de l'articulation huméro-radiale, une masse réactive en forme arrondie peut être sentie localement.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Tapoter légèrement sur la ligne douloureuse du côté externe de l'avant-bras 2-3 fois.

(2) Presser sur et remuer la ligne douloureuse du côté externe de l'avant-bras, presser sur le point douloureux situé à 2-3 fen au-dessous de l'articulation huméro-radiale. La manipulation doit être assez forte.

(3) Presser sur les points et ligne douloureux en posture limitée.

Autres traitements: Laver la région atteinte avec du vinaigre chaud, 2 fois par jour. Prévenir la fatigue du membre malade en temps de traitement.

Entorse et contusion de l'articulation du cou-de-pied

[Etiologie] On désigne sous le nom d'entorse et de contusion de l'articulation du cou-de-pied, une torsion de cette articulation en dehors ou en dedans due à un mouvement forcé brutal. Même un simple faux pas peut aboutir à l'entorse. L'affection se produit aussi chez quelqu'un qui reste debout longtemps.

[Symptômes] Ecchymose, gonflement et douleur au début. Douleur à la pression aux deux côtés et à la partie antéro-inférieure de la cheville. La peau locale en couleur violacée. Le patient n'ose pas se mettre le pied atteint à terre. Si la lésion siège à la malléole externe, la torsion du pied en dedans engendre une douleur au côté externe de l'articulation du cou-de-pied. Faire un examen radiographique en cas de nécessité, pour savoir s'il y a fracture ou luxation.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des orteils et les articulations interphalangiennes. Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation de la face antérieure de la jambe et sur Dazhijian, Xiaozhijian, Xishang, Zusanli, Fenglong, Feixia.

(2) L'opérateur empoigne le pied atteint d'une main et saisit le dessus de la cheville malade d'autre main; il fléchit d'abord l'articulation du genou, puis secoue et tire avec force en dehors

(fig. 97). On peut entendre un bruit "Ba Ba" et on répète 2-3 fois la même manipulation. La douleur du dos du pied se traite suivant la méthode de pression sur le dos du pied.

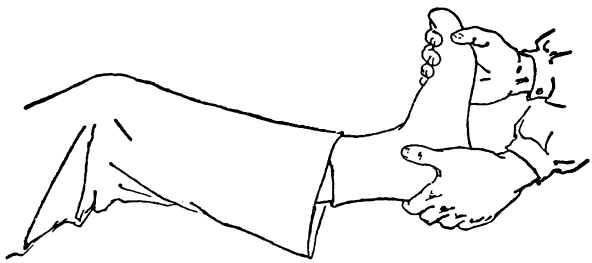


Fig. 97 Méthode de secouer et de tirer l'articulation du cou-de-pied

(3) Presser sur et remuer les points et lignes douloureux, Jiexi, Xishang, Xuwai. Presser sur les points et ligne douloureux en posture limitée.

(4) Tapoter légèrement sur la ligne de stimulation de la face antérieure de la jambe.

Autres traitements: Si l'enflure est nette, l'application externe des médicaments chinois ou le lavage avec du vinaigre chaud peut y associer.

Arthralgie du genou

[Etiologie] L'arthralgie du genou est engendrée par l'entorse du genou, la contusion chronique ou le rhumatisme.

[Symptômes] La douleur n'est pas simplement localisée à l'articulation du genou, elle a une liaison intime avec les muscles

lombaires. L'arthralgie du genou peut occasionnner la douleur des muscles de l'entourage et vice-versa. Parfois la lombalgie entraîne aussi l'arthralgie du genou. Le surmenage, la prise de l'humidité exacerbe la douleur.

[Traitement] On peut soigner cette affection suivant le traitement routinier du syndrome de la douleur cervico-lombaire. Prêter attention à trouver les muscles et les lignes douloureuses déterminant l'arthralgie du genou au cours de la thérapie. Le tapotement fort s'applique en posture limitée.

Spasme du gastrocnémien

[Etiologie] Le spasme du gastrocnémien est occasionné par le surmenage des membres inférieurs, par l'affaiblissement de la constitution physique ou par l'excitation forte d'eau froide. La longue marche, la natation non précédé des activités préparatoires peuvent déclencher la maladie.

[Symptômes] Saillie soudaine des deux jumeaux de la jambe avec douleur vive et crainte de mouvement.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Presser avec force sur Feizhong, Jingzhong, Chengshan, Jiannei, Jianwai jusqu'au soulagement du spasme.

(2) Tapoter faiblement sur les lignes de stimulation des deux côtés de la jambe et sur Gengjian, Jiannei, Jianwai, Woneixia, Yangxia.

Autres traitements: Lors du spasme du gastrocnémien, le malade doit s'asseoir immédiatement et marteler les deux jumeaux à répétition avec les poings.

Talalgie

[Etiologie] La talalgie est provoquée par le lésion aiguë ou chronique de la partie du talon qui subit la force. La douleur est le symptôme principal. La maladie peut être causée par un traumatisme, tel que marcher sur un caillou ou choc du talon au sol lors de la descente de la pente. Mais la majorité des cas n'ont pas eu de traumatisme apparent et la talalgie apparaît progressivement. Elle se voit fréquemment en clinique et surtout chez les vieux et les adultes de moyen âge.

[Symptômes] Douleur aiguë à la partie du talon qui subit la force. Crainte de la marche, en particulier dans la rue plane. Légère enflure locale, douleur évidente à la pression. Au début, une douleur intense se produit en piétinant le sol après le lever, mais elle s'atténue après des mouvements et s'exacerbe à la suite d'un repos. Pour les cas anciens, une ostéophytose calcanéenne inférieure peut se former, appelée "épine calcanéenne", qui aggrave le symptôme, la douleur devient continue. Dans les cas graves, chaque pas engendre une douleur intolérable qui s'exacerbe en marchant sur un caillou ou sur une surface rugueuse ou même à la suite de longues marches. Examen: les tissus mous de la partie recevant la force du talon sont devenus durs et épais, douloureux à la pression, en particulier au centre et en avant de sa face inférieure. La ligne de stimulation douloureuse existe à la face interne de la jambe. On peut sentir une nodule en cas d'épine calcanéenne et quelquefois on peut entendre un bruit de pincement des cordes provenant des tissus mous. La radiographie montre un épaississement des tissus mous ou une épine calcanéenne en forme de bec d'oiseau.

[Diagnostic] Il est en général facile en basant sur les signes

physiques. La radiographie peut aider à faire la distinction entre la talalgie et les autres affections du calcanéum.

[Traitement] Dégager les méridiens, vivifier les vaisseaux Luo, relâcher les tendons et calmer la douleur.

Pression sur des points:

(1) Tapoter faiblement sur la ligne douloureuse de la face interne de la jambe 3-5 fois. Presser sur et remuer modérément la ligne douloureuse de haut en bas 3-5 fois, il peut y avoir une irradiation vers la région douloureuse du talon, la manipulation se répète encore 3-5 fois.

(2) Presser sur et remuer les points douloureux situés autour du calcanéum 5-7 fois. Pour ceux qui ont une liaison évidente avec la douleur du centre du calcanéum, presser et remuer fortement 3-5 fois.

(3) Tapoter légèment sur la ligne douloureuse de la face interne de la jambe et les points douloureux aux environs du calcanéum 3-5 fois.

Autres traitements:

(1) Repos à la suite du traitement pour prévenir une nouvelle lésion.

(2) En cas d'enflure nette, laver avec du vinaigre chaud ou faire une application externe de gingembre-vinaigre.

[Efficacité] La pression sur des points douloureux du talon donne un bon effet, en général quelques séances amènent la disparition ou l'amélioration de la douleur.

Lésion des ligaments des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes

[Etiologie] Les lésions des ligaments des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes s'observent surtout

chez les jeunes et les adultes de moyen âge. La plupart des lésions sont provoquées par le choc indirect. Chute sur les doigts, choc du ballon, taquinerie, bagarre, torsion, etc. sont des causes de la lésion. Les lésions de l'articulation métacarpo-phalangienne et des articulations interphalangiennes proximales sont les plus fréquemment vues.

[Symptômes] Douleur vive au début. Enflure parfois fusiforme. Mouvements douloureux ou limités. Doigts en demi-flexion. Affaiblissement de la force d'empoignement. Douleur locale évidente à la pression. Si le traitement est incorrect, l'enraidissement de l'articulation persiste de longue durée, l'enflure ne résout pas, les mouvements restent gênés et la fonction ne se rétablit pas de longtemps.

[Diagnostic] Il est facile en vertu de l'anamnèse et des signes physiques. En cas de lésion des ligaments de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, l'examen radiographique est nécessaire pour savoir s'il y a luxation de cette articulation.

[Traitement] Activer la circulation sanguine, dissoudre l'ecchymose, faire disparaître la résolution, calmer la douleur et favoriser l'articulation.

Pression sur des points:

(1) Pour les lésions récentes, les mouvements passifs appropriés des articulations sont indiqués lors du traitement et presser sur des points douloureux périarticulaires. Il faut que le malade prenne la posture limitée. En cas d'enflure nette, la manipulation doit être faible.

(2) S'il y a gonflement de l'articulation et que l'enflure ne résout pas, les exercices des mouvements passifs doivent être effectués davantage, par exemple, faire des rotations en saisissant

l'articulation. Presser simultanément sur la région où l'enflure ne résout pas et sur les points douloureux.

Autres traitements: En cas d'enflure des articulations, laver avec du vinaigre chaud ou faire l'application externe de gingembre-vinaigre. Le patient doit effectuer bien des mouvements actifs et passifs.

[Efficacité] La pression sur des points dans le traitement des cas récents apporte ordinairement un bon effet. Pour des cas anciens, si l'on persiste dans le traitement, la guérison est possible.

Epiphysite et chondrite de la tête du fémur

[Etiologie] On l'appelle aussi épiphysite de la tête fémorale, nécrose aseptique ou ischémique de l'épiphyse de la tête fémorale, ostéo-chondrite déformante infantile, pseudo-arthralgie de la hanche, coxa plana, maladie de Paget. L'affection est due à un traumatisme ou à une infection chronique légère. La plupart des enfants malades sont très actifs. Des traumatismes répétés ou des lésions de longue durée entraînent la stagnation locale du sang et de l'énergie aussi bien que l'obstruction des méridiens qui empêchent l'approvisionnement du sang et de l'énergie à l'épiphyse de la tête fémorale et détermine ainsi la maladie.

[Symptômes] Au début, sensation de malaise ou de légère douleur sourde à la région de la hanche d'un seul côté à la suite des mouvements, tels que course, sauts. Les symptômes disparaissent après repos. Dès lors, les crises de coxalgies se répètent et deviennent fréquentes, le temps d'intervalle raccourcit, les symptômes s'aggravent progressivement, le patient marche en boitant, la coxalgie devient continue, s'excerbe dans les mouvements et la douleur irradie vers la face interne da la cuisse et du genou. Les

muscles du membre atteint s'atrophient. Examen: proéminence du grand trochanter du fémur et douleur à la percussion. Limitation des mouvements d'abduction et de rotation en dehors du fémur. Croisement des jambes impossible ou difficile, raccourcissement du membre atteint, plus la maladie s'aggrave, plus le membre se raccourcit, mais ne dépasse pas 2 cm. La radiographie de face de l'articulation de la hanche montre l'altération de la configuration de la tête-fémorale et de la densité de l'épiphyse. Le degré d'altération dépend de la durée de la maladie.

[Diagnostic] Le diagnostic se pose en vertu de l'anamnèse et des signes physiques, on doit la distinguer de la tuberculose de l'articulation de la hanche. Les symptômes de celle-ci sont fébricule, sueur nocturne, diminution de la prise d'aliments, amaigrissement, etc. Il existe encore de l'accélération de la vitesse de sédimentation, de limitation des mouvements et du signe de Trendelenburg positif.

[Traitement] Favoriser la circulation de l'énergie, vivifier le sang, relâcher les tendons et dégager les vaisseaux Luo.

Pression sur des points: Même manipulation que la lésion des muscles adducteurs de la cuisse. Malade en croisement des jambes, outre la pression et le remuement des points et lignes douloureux de la face interne de la cuisse, il faut presser sur et remuer encore les points et lignes douloureux de la face externe des fesses et de la cuisse, en général 5-8 fois d'après la tolérance du malade.

Autres traitements: En cas d'atrophie des muscles fessiers, marteler fréquemment les fesses. D'autres méthodes d'association sont semblables à celles appliquées dans le traitement du traumatisme des muscles adducteurs de la cuisse.

[Efficacité] La pression sur des points donne un certain ef-

fet, mais le malade doit persister dans le traitement pendant une longue durée, les symptômes peuvent alors améliorer ou disparaître.

Ténosynovite de l'apophyse styloïde du radius

Les ténosynovites se voient aux doigts, au poignet, aux orteils ou à la cheville, mais surtout à la styloïde radiale. L'étiologie, l'anatomie pathologique et les principes de traitement sont presque les mêmes. La médecine traditionnelle chinoise l'a appelée "Shang Jing (atteinte des tendons)".

[Etiologie] C'est une inflammation sténosante de la gaine synoviale commune aux tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce, résultant du frottement continu des tendons dans la gaine lors de l'abduction prolongée du pouce au cours du travail manuel. Elle provoque l'œdème et l'épaississement de la gaine qui rétrécissent la lumière et gênent de plus en plus les mouvements des tendons, engendrant une douleur et un trouble fonctionnel.

[Symptômes] Douleur évidente radio-styloïdienne. Au voisinage du poignet et du pouce, il peut y avoir aussi de la douleur. En cas de douleur intense, apparaissent l'endolorissement, la distension et l'asthénie de l'avant-bras et de la main. La douleur s'excerbe par les mouvements du pouce. Douleur exquise à la pression sur la styloïde radiale qui est légèrement tuméfiée. A la période avancée, on peut sentir l'épaississement de la gaine et de crépitation, parfois même une nodosité. Les mouvements du pouce et du poignet sont limités.

[Diagnostic] Le diagnostic se pose en vertu de l'étiologie des symptômes et des signes physiques. Pour les cas chroniques prêter

attention à la distinguer des autres lésions chroniques du poignet.

[Traitement] Le principe essentiel est d'activer la circulation sanguine, favoriser la résolution et calmer la douleur dans la période aiguë. Dans la période avancée, il faut principalement disperser la stagnation sanguine, dégager des méridiens et favoriser les mouvements articulaires.

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts et les articulations interphalagiennes du membre atteint 2-3 fois. Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation de l'avant-bras et sur Hegu, Hejian, Wanbei, Shousanli, Jingqu, Yinxi, Quchi, Biwai, etc.

(2) Presser sur et remuer les tendons de la styloïde radiale en augmentant progressivement la force.

(3) Prendre les points et lignes douloureux en posture limitée, presser et remuer à plusieurs reprises.

(4) Tapoter faiblement sur les lignes de stimulation de l'avant-bras du côté atteint 2-3 fois.

Autres traitements:

(1) Application du gingembre-vinaigre à la région atteinte.

(2) Injection d'une petite dose de cortisonique dans la gaine, une fois par semaine.

[Efficacité] Pour les cas récents, l'effet est ordinairement bon. Mais à la la période avancée, en cas d'adhérences sténosantes graves, le résultat est relativement moins bon.

Lésion des muscles adducteurs de la cuisse

[Etiologie] Les causes suivantes peuvent déterminer cette affection:

(1) Chute de haut entraînant un traumatisme de l'articulation de la hanche et blessant les adducteurs de la cuisse.

(2) Abduction exagéré du membre inférieur ou montée avec grand effort.

Ces deux causes s'observent souvent chez les enfants à l'âge scolaire.

(3) Fracture du pubis du bassin occasionnant des lésions des insertions d'origine des adducteurs et des adhérences musculaires qui suscitent le spasme des muscles influant gravement sur les mouvements du membre inférieur.

[Symptômes]

(1) Gêne de l'adduction, de l'abduction et d'élévation du membre iférieur.

(2) Douleur du côté interne de la cuisse. En cas grave, le malade n'ose pas toucher le sol avec la pointe du pied, on doit le soutenir ou le porter au dos. Si la maladie traîne longtemps, à la marche, le membre inférieur est en position d'adduction.

(3) Douleur manifeste à la pression sur l'insertion d'origine des adducteurs ou du pectiné. Existence de ligne douloureuse évidente pouvant se prolonger jusqu'au genou, muscles en état tendu ou spasmodique. Sensation de ressort en palpant les adducteurs pour les cas anciens.

[Diagnostic] Il est facile en vertu de l'anamnèse et des signes physiques, mais on doit le distinguer de l'épiphysite et chondrite de la tête fémorale. La radiographie de l'articulation de la hanche ne montre aucune lésion.

[Traitement] Drainer l'énergie des méridiens, vivifier les vaisseaux Luo, relâcher les tendons et calmer les douleurs.

Pression sur des points:

(1) Manœuvrer selon la manipulation préparatoire du traitement de routine du syndrome douloureux cervico-lombaire.

(2) Malade en position de croisement des jambes(voir croisement des jambes de la posture de limitation du syndrome douloureux cervico-lombaire), presser sur et remuer principalement les points et lignes douloureux de la face interne de la cuisse et surmonter progressivement la posture limitée.

(3) Malade en décubitus ventral, tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 5, 7 du membre inférieur.

Autres traitements: Reposer bien après le traitement et faire souvent le croisement des jambes. Les courses et les sauts sont interdits.

[Efficacité] La pression sur des points donne un bon effet, quelques séances peuvent guérir le traumatisme aigu. Pour les cas chroniques, la guérison est possible à condition qu'on persiste dans le traitement.

[Observation] Fillette Wang, 11 ans, écolière.

Douleur du côté interne de la cuisse, difficulté à la marche, sensation de soulèvement à la région inguinale en station debout à la suite de courses et sauts intenses. Examen avant le traitement: élévation du membre inférieur à 45° environ, impossibilité d'adduction et d'abduction, un point douloureux à l'insertion des adducteurs, qui se continue en bas par une ligne douloureuse jusqu'à la portion moyenne du fémur. Diagnostic: traumatisme des adducteurs de la cuisse. 3 séances de pression sur des points amènent la guérison.

Lésion du ligament latéral interne du genou

[Etiologie] La flexion et l'extension sont deux mouvements fondamentaux de l'articulation du genou, sa stabilité est assurée

en particulier par les ligaments et les muscles environnants: ligament rotulien, ligaments latéraux interne et externe ainsi que ligaments croisés antérieur et postérieur. Les ligaments latéraux se tendent tous les deux dans l'extension et rendent stable l'articulation, ils se relâchent dans la flexion et permettent la jambe de tourner sur la cuisse (rotation en dedans et en dehors). Donc, l'articulation est moins stable en position demi-fléchie. L'abduction ou la rotation forcée entraînent facilement une lésion du ligament latéral interne. Les facteurs habituels de l'entorse sont les jeux de ballon, les sauts, etc.

[Symptômes] Douleur vive au moment de l'accident et parfois on peut entendre un bruit de déchirement. En cas d'entorse grave, coexistent d'autres lésions. Enflure locale, points douloureux à la pression au niveau d'insertion du ligament. Si la lésion est limitée aux fibres profondes qui s'insèrent au bord du ménisque interne, la douleur à la pression siège au niveau de l'interligne articulaire interne. Une ligne douloureuse évidente se trouve à la face interne de la cuisse. Pour adoucir la douleur, on doit mettre le genou en flexion afin de relâcher le ligament lésé. On recherche des points douloureux et des mouvements anormaux de latéralité: la jambe en extension, l'opérateur saisit la cheville d'une main et imprime au genou une poussée en dedans d'autre main, une douleur se produit du côté interne du genou, cela signifie qu'il existe une rupture partielle du ligament; s'il se produit l'abduction de la jambe, la rupture est totale.

[Diagnostic] Il est facile en vertu d'anamnèse du traumatisme et des signes physiques. Dans les cas graves, la lésion du ligament latéral interne s'associe souvent aux lésions de la capsule

articulaire, du ménisque et des ligaments croisés. Un examen minutieux est nécessaire pour les dépister.

[Traitement] Relâcher les tendons, vivifier les vaisseaux Luo, favoriser la résolution et calmer la douleur.

Pression sur des points:

(1) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 3, 4 de la face interne de la jambe 3-5 fois. Manipuler plus fortement pour les points et lignes douloureux.

(2) Presser sur et remuer les points et lignes douloureux de la face interne du membre inférieur, en augmentant graduellement la force pourvu que le malade puisse supporter. Presser sur et remuer en même temps Sanyinjiao, Yinlingquan, Qixi, Gunei, Guzhong 3-5 fois. Quelquefois le traitement s'effectue en posture limitée.

Autres traitements:

(1) A la période initiale, associer l'application externe du gingembre-vinaigre.

(2) Repos et prévenir l'extension du genou.

[Efficacité] La pression sur des points donne un bon effet dans le traitement de lésion simple du ligament latéral interne de l'articulation du genou, 2-3 semaines parviennent à la guérison.

Traumatisme des hypochondres provoqué par une force inconvenante

[Etiologie] On l'appelle encore "Cha Qi" ou "Shan Qi". Cette affection résulte de la force inconvenante ou exagérée lors du transport et du soulèvement de sorte que l'énergie et le sang obstruent brusquement dans la poitrine, l'impossibilité de se dissiper engendre la douleur et la distension des hypochondres.

[Symptômes] Oppression thoracique et douleur aux hypochondres. Le siège de la douleur est indéfini, mais il occupe une assez grande superficie. La toux ou même la respiration entraîne la douleur accompagnée de dyspnée, d'anxiété et d'agitation.

Douleur évidente à la pression sur les hypochondres

[Diagnostic] Il est facile en vertu de l'anamnèse et des signes physiques. Mais on doit prêter attention à la distinguer des douleurs hypochondriaques d'étiologie différente.

[Traitement] Mobiliser l'énergie, activer la circulation sanguine, désobstruer les méridiens et calmer la douleur.

Pression sur des points:

(1) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation des deux côtés de la colonne vertébrale et les espaces intercostaux de la zone douloureuse des hypochondres 3-5 fois.

(2) Remuer à répétition le long des espaces intercostaux de la zone douloureuse des hypochondres avec une faible manipulation. Pour les points douloureux, les remuements sont plus fréquents.

Autres traitements: Application externe du gingembre-vinaigre. Eviter les gros travaux dans la période de traitement.

[Efficacité] L'effet est bon, ordinairement 2-3 séances amènent la guérison.

3. D'autres affections

Céphalée

[Etiologie] Les causes de céphalée sont nombreuses, on peut les classer généralement en 2 grandes catégories: 1) céphalée

due aux affections intracrâniennes, telles que l'encéphalite, méningite, fièvre élevée, anorexie, tumeurs intracrâniennes, épilepsie, commotion cérébrale et après la ponction lombaire, etc. 2) céphalée entraînée par des maladies extracrâniennes, telles que sinusites, dentalgie, douleur auriculaire, amygdalite, inflammation et tumeur du rhinopharynx, myopie, hypermétropie, astigmatisme et d'autres affections des organes des sens, rhume, hypertension artérielle, troubles menstruels, affections des vertèbres cervicales, etc.

Il existe en outre des céphalées fonctionnelles chroniques récidivantes, par exemple migraine, céphalée nerveuse.

[Symptômes] La céphalée due au rhume se caractérise par son début brusque et s'accompagne de fièvre, obstruction nasale, écoulement, etc. La céphalée d'origine oculaire ou nasale s'accompagne des symptômes de l'œil et du nez et d'autres signes physiques, de plus la douleur siège souvent au front. L'accès migraineux et la céphalée nerveuse présentent tous une évolution chronique et des crises récidivantes, tantôt légères tantôt graves. En cas de migraine, la douleur est unilatérale et s'accompagne d'étourdissement. Pour la céphalée d'origine nerveuse la douleur siège aux deux régions temporales, à la face postérieure de la tête et à la nuque. Quant à la céphalée due aux affections des vertèbres cervicales, la douleur se trouve à la face postérieure de la tête et à la nuque. La céphalée intense influe sur les repas et le sommeil. Chez les patients qui ont des accès fréquents de céphalée, éprouvant une hypersensibilité douloureuse à la pression aux Pts. Dazhijian, Xiaozhijian et Jianwai.

[Diagnostic] La céphalée n'est qu'un symptôme. En vue de mieux appliquer le traitement par pression sur des points, il

faut accorder de l'importance au diagnostic différentiel. En général, on doit distinguer s'il existe des maladies contagieuses et faire grand cas de modification de tension artérielle, de chercher des foyers morbides du nez, des sinus paranasaux, des yeux et des oreilles. Pour les femmes, il faut prêter attention au cycle menstruel.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Malade en position assise ou en décubitus dorsal. L'opérateur presse sur Dazhijian, Xiaozhijian ou Zhangjian, l'effet est bon s'il apparaît de la chaleur et de la petite suée à la tête. Jianwai, Hegu, Hejian y sont associés.

(2) Ajouter Niezhong en cas de migraine, ou bien comprimer les 2 régions temporales (voir la méthode (2) de pression sur des points appliquée dans le traitement des séquelles d'encéphalites).

(3) Appliquer la méthode de tapotement fort sur les vertèbres et sur les 2 lignes de stimulation paravertébrales en cas de céphalée due au rhume et de céphalée nerveuse.

(4) Pour la céphalée frontale, presser sur Neizi, Neizishang.

(5) Pour la céphalée occipitale, ajouter Fengchi, Chishang, Jinghou, Fushang. Comprimer la région occipitale et la nuque [voir la méthode (2) de pression sur des points appliquée dans le traitement des séquelles d'encéphalites].

(6) Chez les patients ayant de la céphalée générale, vertige et étourdissement, percuter la tête avec le bout du doigt.

(7) Pour la céphalée causée par les affections des vertèbres cervicales, recourir au traitement par la méthode de réduction par

torsion de la tête et du cou (voir la méthode de réduction du torticolis par torsion de la tête et du cou).

Autres traitements: En cas de céphalée due à l'hypertension artérielle, au rhume ou aux affections du nez et de l'œil, il faut recourir à la médication ou à d'autres traitements en conformité de la cause de la maladie.

[Efficacité] L'effet du traitement de migraine, de céphalée nerveuse et d'autres céphalées fonctionnelles par pression sur des points est manifeste, mais pour la céphalée due à l'hypertension artérielle, au rhume et aux affections oculaires ou nasales, on peut obtenir une rémission de symptômes.

Dentalgie

[Etiologie] La dentalgie est un symptôme dû à la carie dentaire, à la pulpite et à l'inflammation péridentaire. La médecine traditionnelle chinoise a préconisé que la dentalgie est engendrée soit par la montée du feu pervers du méridien de l'Estomac Yangming soit par l'attaque vers le haut du vide de feu occasionné par l'insuffisance du Yin des reins.

[Symptômes] En cas de carie dentaire, le froid, la chaleur, l'acide, le sucre, etc, tous ces agents irritatifs peuvent provoquer la douleur. Pour les pulpites, les accès de dentalgie sont récidivants et la douleur est intense, le patient soutient souvent la joue avec la main. Pour les inflammations péridentaires, les dents bougent, l'inflammation siège dans les tissus péridentaires et le pus s'extravase sous la pression. Il faut détecter bien la place du dent malade et déterminer la cause déclenchante de la dentalgie selon les symptômes avant le traitement en vue de projeter un traitement en accordance avec le diagnostic.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pression sur Hejian, remuer Zhima, Binei 3-5 fois.

(2) Pour les 3 dents antérieures: presser sur Bige, Yingxiang pour le côté supérieur; presser sur Kekong, Kedi pour le côté inférieur.

(3) Pour les 5 dents postérieures: presser sur le bord supérieur de l'apophyse zygomatique et la dépression située à son bord inférieur pour les dents supérieures; presser sur Chuigen, Hedi, Hejiao pour les dents inférieures.

La force augmente progressivement lors de la pression qui dure 15-30 secondes. Sensations d'engourdissement aux dents malades après la pression.

Autres traitements: Pour la pulpite et l'inflammation péridentaire, on peut prendre en même temps des médicaments anti-inflammatoires. Si la dentalgie persiste après la pression on peut recourir à l'acupuncture ou à la prise des médicaments traditionnels chinois.

[Efficacité] En général, la douleur se calme immédiatement après le traitement par pression sur des points. Chez certains malades, la douleur réapparaît quelques heures après ou le lendemain, on répète alors le traitement.

Douleur abdominale

[Etiologie] La douleur abdominale est un symptôme courant de causes diverses, telles que spasme gastrique, gastro-entérite aiguë, ascaridiose des voies biliaires, dysménorrhée, etc.

[Symptômes] Le siège et le caractère de la douleur varient selon la cause de la maladie. En cas de spasme gastrique, la dou-

leur abdominale déclenche après la prise des rafraîchissements à jeun ou à la suite de la colère, non accompagnée de vomissement et de diarrhée. La gastro-entérite aiguë survient en général à la suite d'un excès de table (excès de la quantité des aliments et des boissons), d'une faute d'hygiène alimentaire, d'abus de l'alcool ou de la prise des médicaments irritants. Les symptômes principaux de la gastrite aiguë sont le vomissement et la douleur épigastrique, ceux de l'entérite aiguë sont la diarrhée et la douleur périombilicale. La douleur de l'ascaridiose biliaire siège à droite de l'épigastre sous forme de sensation de "pénétration forcée" avec exacerbations paroxystiques; nausée intense et vomissement pendant l'accès, parfois le malade vomit des ascaris. La dysménorrhée précède souvent la menstruation ou apparaît pendant la période menstruelle, la douleur et la distension violentes siègent principalement au bas-ventre.

[Diagnostic] En général, on peut faire le diagnostic d'après l'histoire de la maladie et les symptômes. Mais il faut prêter attention à trouver la cause de la douleur abdominale et la différencier des autres urgences abdominales telles que lithiase biliaire, cholécystite, pancréatite, occlusion intestinale, grossesse extra-utérine, perforation gastrique, etc, afin d'adopter à temps d'autres méthodes de traitement.

[Traitement]

Pression sur des points:

Douleur épigastrique: presser sur Fuan, sur les points douloureux à la pression à côté des 5^{e} — 12^{e} vertèbres dorsales, sur Zusanli et Sanlixia.

Douleur hypogastrique: outre les points précités, ajouter

Yaoyan, Qizhong (on peut confer la méthode de traitement de paraplégie et de l'énurésie).

Autres traitements:

L'acupuncture-moxa et la médication peuvent y associer.

Neurasthénie

[Etiologie] L'excès des activités nerveuses supérieures et l'insuffisance de repos approprié peuvent occasionner le trouble de la fonction du cortex cérébral, ainsi le surmenage intellectuel, la mélancolie, etc, tout peut engendrer cette maladie. La médecine traditionnelle chinoise a prétendu que la neurasthénie a rapport avec le dysfonctionnement du cœur, du foie, des poumons, de la rate et des reins.

[Symptômes] Les symptômes précoces de la plupart des malades sont insomnie, agitation, excitabilité, apparition progressive de l'étourdissement et de la distension céphalique diurnes, asthénie, affaiblissement de la mémoire, esprit abattu, somnolence, excitation mentale nocturne, difficulté de s'endormir, etc. S'il y a troubles viscéraux, on observe alors des symptômes d'autres systèmes. S'il existe principalement palpitation et dyspnée, c'est la névrose cardiaque. Si les symptômes de l'appareil digestif prédominent, tels que nausée, vomissement, distension abdominale, éructation, diarrhée, constipation, etc, c'est la névrose gastro-intestinale. Lorsque la spermatorrhée, l'éjaculation précoce et l'impuissance sont en prédominance, on l'appelle névrose génitale. La pollakiurie nerveuse est caractérisée principalement par des envies fortes d'uriner mais indolores et pollakiurie.

[Traitement] Calmer le cœur et l'esprit.

Pression sur des points:

(1) Malade en position assise, pincer la racine unguéale des doigts, presser sur, remuer Zhanjian, Hejian. S'il apparaît une petite suée, l'effet est bon.

(2) Tapotement léger sur les lignes de stimulation 3 et 6 du membre supérieur, la manipulation doit être plus forte pour Hejian, Quchi, Biwai, Yinxi, Jingqu, Wenshang, Jianjing, etc.

(3) Percuter 20-30 fois la tête. Appliquer la méthode de tapotement léger 5-7 fois sur les lignes de stimulation du cou et sur Rutu, Fengchi, Chishang, Jinghou et la méthode de tapotement modéré sur les vertèbres dorsales et lombaires et les lignes de stimulation de leurs deux côtés. Cette méthode produira un effet meilleur pour l'insomnie.

(4) Presser sur Fengchi, Chishang, Jinghou. Comprimer les deux côtés de la région occipitale (voir la méthode (2) de pression sur des points appliquée dans le traitement des séquelles d'encéphalites).

(5) En cas de palpitation et dyspnée, appliquer la méthode de tapotement relativement fort sur les vertèbres cervicales et dorsales et les lignes de stimulation de leurs deux côtés; taper le thorax et l'épigastre, 2 séances par jour, chaque séance compte 100-200 tapes. Au cours du tapement, le malade collabore en faisant la mobilisation de l'énergie. En cas de spermatorrhée, impotence, éjaculation précoce, envies fortes d'uriner, pollakiurie, taper l'hypogastre avec la même manipulation précitée, appliquer la méthode de tapotement relativement fort sur Guanyuan, Qugu, Chipang et presser sur Gouzhong, Zuojie, tandis que le malade collabore en faisant la mobilisation de l'énergie.

Autres traitements: Le membre de la famille doit aider à

marteler la colonne vertébrale et le malade s'entraîne chaque jour, par exemple exécuter la pression sur la cuisse, redressement, etc.

Vomissement nerveux

[Etiologie] Le vomissement nerveux a des mêmes causes que la neurasthénie et la névrose gastrique, il est particulièrement lié au trauma psychique et à une vive émotion, mais pas d'altérations organiques. La médecine traditionnelle chinoise l'a considéré comme une atteinte de l'estomac par l'énergie hépatique.

[Symptômes] Il se manifeste en clinique par des vomissements fréquents périodiques ou au moment déterminé. Les vomissements peuvent être alimentaires, muqueux ou bilieux, n'exigent pas d'effort et sont indolores, ils s'accompagnent souvent de céphalée, vertige, asthénie mentale, inappétence, etc. Examen: pas d'altérations organiques.

[Traitement] Harmoniser et descendre l'énergie gastrique.

Pression sur des points:

(1) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation du cou, la manipulation doit être un peu plus forte pour Jinghou, Fengchi, Chishang, Rutu. L'effet est bon si le malade éprouve de la chaleur à l'estomac après le tapotement.

(2) Pincer la racine unguéale des doigts (orteils) et le tendon d'Achille. Pousser et pétrir les 9^{e} et 10^{e} espaces intercostaux (sous l'aisselle) avec le pouce, l'index, le médius ou l'annulaire.

(3) Percuter Jiuwei, Juque, les pousser et les pétrir avec le pouce, l'index, le médius ou l'annulaire.

Autres traitements: L'acupuncture-moxa et la médication peuvent y associer.

[Observation] Mme Yu, 30 ans, paysanne du village Lijiaxiazhuang, canton Zhonghan, district Laoshan.

Après la salpingectomie faite au mois d'avril 1975, elle a eu nausées, vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux et bilieux non accompagnés de douleur et sans effort. L'accès déclenche chaque jour après le dîner et apparaît 4-5 jours de suite avec refus d'aliments, céphalée, vertige et asthénie mentale. Dès lors, les accès se répètent toutes les 3-4 semaines. Diagnostic posé par l'hôpital local: vomissement nerveux. Elle est venue demander le traitement au mois de décembre de cette année. Une séance de traitement par pression sur des points arrête le vomissement, en tout 4 séances. Suites: pas de signe de récidive.

Hoquet

[Etiologie] Le hoquet est caractérisé par des contractions spasmodiques et intermittentes du diaphragme dues au trouble de la fonction du nerf phrénique. La médecine traditionnelle chinoise l'a considéré comme une remontée de l'énergie de l'estomac.

[Symptômes] Il se traduit par l'émission fréquente, momentanée et involontaire des sons "e", de quelques à quelques dizaines de sons de suite. Au cours de la crise, le malade éprouve une élévation des muscles abdominaux et des sons "e" émis de la poitrine et du larynx malgré sans corps étranger.

[Traitement] Favoriser la circulation de l'énergie et descendre le reflux.

Pression sur des points:

(1) Presser sur Fuan pendant 30-60 secondes.

(2) Tapoter Jiuwei, Juque et les pétrir avec le pouce ou l'index, le médius, l'annulaire.

(3) Pousser et pétrir les 9e et 10e espaces intercostaux (sous l'aisselle) avec le pouce ou l'index, le médius, l'annulaire.

Autres traitements: L'association de l'acupuncture-moxa est conseillée.

[Efficacité] Le traitement du hoquet par pression sur des points apporte un certain effet, il peut faire disparaître le spasme du diaphragme et parvient ainsi à la guérison.

Hydrocéphalie

Un excès de liquide céphalo-rachidien dans la cavité crânienne détermine l'hydrocéphalie, on peut la classer dans 2 catégories d'après l'âge de l'apparition: hydrocéphalie congénitale et hydrocéphalie acquise.

[Etiologie] La sécrétion exagérée du liquide céphalo-rachidien, l'obstacle de son circuit ou la non-résorption sont des causes déterminantes de l'hydrocéphalie. L'hydrocéphalie congénitale est due principalement au développement anormale de l'encéphale ou bien aux infections anténatales de différentes sortes du système nerveux central, particulièrement par les méningites entraînant les adhérences des méninges ou par les tumeurs qui obstruent le système des ventricules, l'espace sous-arachnoïdien, etc. Pour une minorité de cas, la cause de la maladie reste inconnue.

[Symptômes] Le signe le plus attrayant de l'hydrocéphalie congénitale est l'augmentation évolutive du volume du crâne du nourrisson quelques mois après l'accouchement, les sutures très écartées, la fontanelle antérieure extraordinairement étendue, des veines cutanées céphaliques flexueuses, proéminence du front en avant, tandis que la face reste petite et hors de proportion. Les yeux repoussés en avant et en bas qui sont dus à la compression du

crâne hypertrophié vers le bas. Le regard est dirigé en bas. L'hypertension intracrânienne aboutit souvent à la production des convulsions, l'enfant agité pousse des cris et pleure. Elle peut en outre conduire à la diminution de l'acuité visuelle, même à la cécité et engendre le nystagmus, la paralysie spasmodique et l'ataxie cérébelleuse.

La manifestation clinique de l'hydrocéphalie acquise est différente de l'hydrocéphalie congénitale dans certains domaines, la céphalée et le vomissement sont des symptômes précoces tandis que les convulsions se voient rarement et l'augmentation du volume du crâne n'est pas manifeste. Pas de paralysie des membres, mais les mouvements sont maladroits avec légère ataxie.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts et les articulations interphalangiennes.

(2) En cas de paralysie des membres, on peut se référer à la méthodes de traitement des séquelles d'encéphalites.

(3) Percuter avec la face palmaire du doigt le long des grandes sutures du crâne 1-2 minutes, à part des fontanelles.

(4) Presser sur Renying, Yixia 30 secondes et faire la compression sur les lignes de stimulation de la région occipitale et du cou.

(5) Tapoter sur la colonne vertébrale, les lignes de stimulation paravertébrales et Fengchi, Chishang, Jinghou, la manipulation doit être un peu plus forte.

(6) En cas de diminution d'acuité visuelle ou de cécité, presser sur Neizi, Neizixia, Neizishang, Yishang.

Autres traitements: La prise des médicaments traditionnels

chinois peut y associer. Dans la période de traitement, les membres de famille doivent percuter la tête et marteler la colonne vertébrale de l'enfant avec constance.

[Observation] Garçon Qiu, âgé de 11 mois, il a été atteint de méningite cérébro-spinale épidémique à l'âge de 4 mois. Après la guérison, la fontanelle antérieure bombe, le crâne agrandit, mais le développement corporel s'arrête, l'enfant s'agite, pleure et crie toute la journée. Diagnostic posé par plusieurs hôpitaux: séquelles de la méningite cérébro-spinale épidémique (hydrocéphalie), le traitement médicamenteux n'a pas donné d'effet visible. On l'a amené à notre hôpital en 3 novembre 1967. Examen avant le traitement:

état de nutrition et développement: pas bien

développement intellectuel: normal

fontanelle antérieure: bombée et tendue, de grandeur d'un nouveau-né

sutures de crâne: élargie

crâne un peu plus grand par rapport au crâne normal, de forme carrée

taille: 61 cm, le corps symétriquement petit

Après 15 jours de traitement (une séance par jour), esprit normal, pas de pleurs ni cris, les sutures se ferment, la fontanelle antérieure plate et souple, l'enfant peut se tenir debout indépendamment et même marcher avec appui. Plus de 15 jours après l'arrêt du traitement, pas de réaction néfaste, l'effet est stable, la taille de 66 cm et peut marcher de 2-3 pas.

Pied bot varus équin congénital

[Etiologie] Le pied bot varus équin congénital est une malformation congénitale courante dont les causes premières ne sont

pas bien connues jusqu'à présent.

[Symptômes] C'est une affection souvent unilatérale et plus fréquente chez les garçons. La malformation comporte 3 caractéristiques:

(1) l'adduction de l'avant-pied,

(2) les deux pieds s'opposant par leur plante.

(3) la bascule en bas de la totalité du pied.

Les muscles de la jambe du côté atteint s'atrophient. Pour le vrai pied bot varus équin, la réduction à l'examen est difficile, mais pour la pseudo-malformation due à la position fœtale du nouveau-né dont le pied atteint peut se mouvoir, la réduction est facile, en général après 3-4 mois, tout peut revenir à la normale.

[Diagnostic] Ce n'est pas difficile de faire le diagnostic pour les nouveau-nés. Mais il faut faire attention de la distinguer de la déformation des séquelles de poliomyélite.

[Traitement] On applique les méthodes de correction du pied et de pression sur le dos du pied pour faire la correction du pied malformé. Après le traitement correctif, on peut pratiquement contrôler la fixation du pied à la position normale avec un réseau de fils de fer. Le pied atteint est mis dans la position normale du réseau (l'opérateur presse sur la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne avec le pouce et saisit le réseau avec les 4 autres doigts), et puis on fait le bandage depuis l'articulation tibio-tarsienne pour fixer le pied sur le réseau. Mais le bandage ne doit pas être trop serré, ordinairement au début on le défait toutes les 5-6 heures. La fixation se continue encore 1-2 jours après l'adaptation. A chaque fois qu'on défait le bandage, on pratique la correction avec les méthodes de correction du pied et de pression sur le dos du pied et puis on refait la fixation. Au cours du traitement, lors-

que quelques malades éprouvent de l'enflure et de la douleur autour du tendon d'Achille, on peut exposer le pied atteint à la fumée du vinaigre chaud.

[Efficacité] L'effet du traitement est bon. Pour les cas précoces (enfant moins d'un an), on peut les guérir après 4-6 mois de traitement.

[Observation] Garçon Qin, âgé de 3 mois, accouché à terme, deux pieds malformés dès la naissance. Diagnostic de l'hôpital local: pied bot varus équin congénital bilatéral. Venu à notre hôpital au mois de janvier 1976. Examen avant le traitement: torsion en dedans et bascule en bas des deux pieds, impossible de les réduire à la position normale. Après 4 mois de traitement précité, la malformation est essentiellement corrigée.

Amygdalite aiguë et laryngite aiguë

[Etiologie] L'amygdalite aiguë est une maladie infectieuse aiguë accompagnée des symptômes généraux et due ordinairement aux streptocoques hémolytiques, la prise du froid et la fatigue sont des causes occasionnelles. La médecine traditionnelle chinoise l'a appelée "Ru e aiguë". La laryngite aiguë est due à l'abus d'alcool, des aliments irritants aigres ou âcres, à l'inhalation des vapeurs et des gaz nocifs, à la fatigue vocale, etc. La prise locale du froid est la cause déclenchante. Elle peut être une infection secondaire à la suite de pharyngite ou de trachéite. La médecine traditionnelle chinoise a prétendu que la maladie est causée par l'abus des aliments irritants, l'emmagasinage de la chaleur dans les poumons et l'estomac, et l'atteinte du vent pervers exogène, il en résulte alors que le vent et la chaleur pervers envahissent le pharynx et le larynx. L'affection se voit surtout au printemps et en hiver.

[Symptômes] Symptômes et signes de l'amygdalite aiguë: pharyngodynie, frilosité, fièvre, céphalée, malaise générale, congestion du pharynx, congestion et tuméfaction des deux amygdales en forme de papillon du ver à soie avec exsudat en points blancs ou jaunes à la surface, parfois se fusionne en nappe et devenant une membrane blanche non saignante et facile à s'effacer; tuméfaction des ganglions sous-maxillaires douloureux à la pression.

Symptômes de pharyngite aiguë: au début sensation de sécheresse, de chaleur et de douleur au pharynx et puis voix rauque ou même éteinte, toux sèche ou crachats rares muqueux. En cas de trachéite, la toux est intense. La température est normale ou peu élevée, chez les enfants, il peut y avoir frilosité et fièvre.

[Diagnostic] En vertu de l'étiologie et des symtômes, ce n'est pas difficile de faire le diagnostic, mais il faut prêter attention à distinguer l'amygdalite aiguë de la diphtérie.

[Traitement]

Pression sur des points: même traitement pour les deux affections.

(1) Pincer la racine unguéale des doigts 3-5 fois. La manipulation doit être forte et dure 10-15 secondes.

(2) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 3 et 6 du membre supérieur, la manipulation doit être forte pour Hejian, Quchi, Biwai.

(3) Remuer Zhima, Hejian, Zhangjian.

(4) Pétrir les deux sterno-cléido-mastoïdiens avec le pouce et l'index 5-10 fois (ces muscles sont sensibles et douloureux à la pression), presser sur Tiantu 3-5 fois.

(5) Tapoter sur les lignes de stimulation du cou et du thorax- 5-7 fois. Pour Fengchi, Chishang, Jinghou, la manipula-

tion doit être plus forte. S'il y a sensation de chaleur au pharynx et au larynx, l'effet est bon.

Autres traitements: Lors de complication d'infection secondaire grave, la médication anti-infectieuse doit y être associée.

Chorée

[Etiologie] On considère cette affection comme une complication de maladie rhumatismale. Elle coexiste avec la fièvre rhumatismale, l'endocardite rhumatismale et l'amygdalite chez certains sujets, et appartient au domaine de "convulsions" de la médecine traditionnelle chinoise qui la considère comme une affection due au vent, le vent gouverne l'ébranlement, c'est pourquoi les mains et les pieds s'étendent ou se contractent alternativement. Elle s'observe surtout chez les enfants entre 5-15 ans.

[Symptômes] Un signe capital en clinique est la constatation des mouvements choréiques qui sont des mouvements très rapides, désordonnés, insignifiants et involontaires. La chorée débute par quelques mouvements limités à un membre, puis s'étend à la moitié du corps et enfin se propage au côté opposé. Apparition des mouvements alternatifs de flexion, d'extension et de torsion aux articulations du membre supérieur, le pied est souvent gravement atteint et le tronc peut se courber ou se tordre autour de la colonne vertébrale. Les mouvements des muscles de la face rendent la physionomie grimaçante, les plus fréquemment vus sont élévation de la peau du front, froncement des sourcils, projection des lèvres en avant, protrusion de la langue, clignement d'yeux, etc. Tous ces symptômes disparaissent dans le sommeil. Il existe encore de l'hypotonie musculaire, des troubles moteurs des membres dans

les cas graves et même des difficultés de la parole, de la mastication et de la déglutition.

[Traitement]

Pression sur des points:

Membre supérieur:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts et les articulations interphalangiennes avec une augmentation progressive de force jusqu'à l'atténuation des mouvements involontaires du membre supérieur, on applique alors d'autres méthodes.

(2) Presser sur et remuer Hejian, Zhangjian, Jianshang, Jianjing, Suoao.

(3) Manipuler suivant la méthode du membre supérieur de la technique manipulatoire (1) du traitement routinier de la paralysie et tapoter simultanément sur les vertèbres cervicales et dorsales et les lignes de stimulation de leurs deux côtés avec une force relativement forte 3-5 fois.

(4) Compression sur le cou et la région occipitale.

(5) En cas de symptômes de la face, presser sur Neizi, Neizishang, Bige, Kekong, Tinggong, Yishang.

Membre inférieur:

(1) Pincer avec une augmentation progressive de force la racine unguéale des orteils et les articulations interphalangiennes jusqu'à l'atténuation des mouvements involontaires du membre inférieur et puis on change d'autres méthodes.

(2) Presser sur et remuer Dazhijian, Xiaozhijian, Majin, Jingzhong, Yinlingquan, Guzhong, Gouzhong.

(3) Manipuler selon la méthode du membre inférieur de la technique manipulatoire (1) du traitement routinier de la paralysie et tapoter simultanément sur les vertèbres dorsales et lombaires et

les lignes de stimulation de leurs deux côtés avec une force relativement forte 3-5 fois.

2. Autres traitements: la craniopuncture peut s'y associer.

[Observation] Fille Han, 13 ans. Apparition soudaine des tremblements involontaires des membres et fièvre le 1er avril 1967. 2 jours après, elle n'a pas pu se tenir debout et marcher. Diagnostic posé par deux hôpitaux locaux: chorée. La fièvre régresse après la prise des médicaments, mais d'autres symptômes ne s'améliorent pas. Elle est venue chez nous le 6 avril de cette année. Examen avant le traitement: mouvements désordonnés des membres supérieurs et inférieurs, parfois élévation des épaules, démarche ébrieuse et abolition du réflexe rotulien. Après 1 séance de traitement par pression, les tremblements s'atténuent, la malade peut marcher seule et se guérit après 30 séances de suite.

Torticolis spasmodique

[Etiologie] C'est une affection due au spasme paroxystique et à la contraction tétanique des muscles du cou lesquels provoquent une attitude rotatoire de la tête. L'atteinte du système nerveux central est la cause déterminante principale.

[Symptômes] Le malade a au début une sensation de raideur et de malaise aux muscles du cou d'un côté et puis apparaissent progressivement la convulsion et la contraction légère entraînant la rotation de la tête. La contraction des sterno-cléido-mastoïdien et trapèze d'un côté et du splénius d'autre côté porte la face à l'autre côté et incline la tête et le cou du côté de la contraction du sterno-cléido-mastoïdien. Parfois il y a spasme des muscles de la bouche. Tous ces symptômes se disparaissent dans le sommeil. Production possible de la douleur aux muscles du cou et présence de

lignes et de zones douloureuses manifestes aux vertèbres dorsales et à leurs deux côtés ainsi qu'à la face antérieure du thorax.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Manipuler selon la manœuvre préparatoire et la méthode du membre supérieur de la technique manipulatoire (1) de traitement routinier de la paralysie.

(2) Tapoter relativement fort sur la colonne vertébrale et les lignes de stimulation paravertébrales 3-5 fois et puis presser sur les lignes de stimulation du cou 2-3 fois.

(3) Remuer à répétition le sterno-cléido-mastoïdien, le trapèze et le splénius en état de spasme et les Pts. Suoao, Yixia, Jingpang, Jinghou, Jianjing, Jianshang, etc.

(4) Remuer la colonne vertébrale et les lignes douloureuses de ses deux côtés et de la face antérieure du thorax ou tapoter assez fortement sur les lignes vertébrales de la colonne vertébrale et de la face antérieure du thorax, le malade collabore en mobilisant l'énergie.

(5) En cas de douleur manifeste à la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales, traiter avec la méthode de réduction du torticolis par torsion de la tête et du cou (voir le traitement de torticolis).

(6) S'il y a spasme des muscles de la bouche, presser sur Bige, Yingxiang, Kekong.

(7) En cas de torsion grave du cou vers le côté, l'opérateur se place à côté du malade, saisit la région occipitale d'une main et le menton d'autre main et exécute à répétition des mouvements de rotation vers le côté opposé avec la collaboration du malade.

(8) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation du cou 2-3 fois.

Autres traitements:

L'acupuncture-moxa et les médicaments traditionnels chinois peuvent s'y associer. Pour ceux qui sont atteints de torsion grave du cou, on doit faire de temps en temps des mouvements de rotation écrits ci-dessus chez eux.

[Observation]

Cas 1. Mlle Ji, 23 ans, enseignante à l'école primaire du village Mujia, canton Hongxing, district Laoshan.

Présence de céphalée, fébricule, endolorissement et asthénie du cou il y a 2 ans et puis apparition progressive de déviation de la tête et du cou à gauche. Elle a été hospitalisée à Qingdao pendant plus de 3 mois et a obtenu une amélioration, mais l'affection a rechuté après l'arrêt du traitement. Nous lui accordons un traitement par pression, une séance par jour, après 3 mois, la malade est pratiquement rétablie. Revue après: en bon état.

Cas 2. Mlle Xin, 20 ans, paysanne du village Dabu, canton Zhonghan, district Lanshan.

Déviation du cou à droite il y a 2 jours. Examen avant le traitement: douleur manifeste à la pression sur les 4^{e} et 5^{e} vertèbres cervicales, la tête et le cou renversés en arrière et déviés à droite. Elle se guérit après 3 séances de traitement par pression. Revue après: pas de récidives.

Hystérie

[Etiologie] L'hystérie est une sorte de névrose, elle s'observe surtout chez les féminins par des crises paroxystiques. L'émotion fort excitée, l'affaiblissement du pouvoir de contrôle,

le traumatisme mental sont des causes provocatrices. La médecine traditionnelle chinoise l'appelle "maladie de sécheresse des viscères". Les types nerveux sont sujets à cette affection. Les malades appartiennent au type d'inhibition faible, possédant un caractère non ouvert, sensible, excitable, ils manquent de persévérance et de confiance à surmonter des difficultés. Certains patients se laissent entraîner par des émotions aveugles, manquent de contrôle de soi-même, se font des illusions et ont le désir de paraître.

[Symptômes] En général le début est brutal, les manifestations cliniques sont diverses. L'hystérie peut être caractérisée par des crises épileptoïdes: chute soudaine, spasme tétanique des muscles, mouvements désordonnés des membres, pousser des cris sans motifs, frapper quelqu'un ou soi-même. La crise dure quelques dizaines de minutes ou quelques heures. Parfois apparaît le sommeil de plomb et l'excès d'aération. Certains malades présentent des accès à caractère psychique: conscience nuageuse, mouvements désordonnés des membres, parler à tort et à travers, pleurs et rires anormaux ou en état de raideur au lit, sentiments très variés et insaisissables. D'autres malades ont des troubles de la sensibilité, surdité, cécité, aphonie, engourdissement ou hypersensibilité des mains et des pieds. Il peut exister encore palpitation, hoquets successifs, anorexie, difficulté de défécation, paralysie, etc.

[Diagnostic] Le diagnostic de l'hystérie est fait suivant le caractère du malade et la manifestation clinique liée au traumatisme psychique. Mais il faut la distinguer des affections organiques corrélatives.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) En cas de crises épileptoïdes ou sous forme de psychose, pincer fort la racine unguéale des doigts, presser sur et remuer Hejian, Zhounei, Bige, Yishang, Kedi, pression forte sur les lignes de stimulation paravertébrales.

(2) S'il y a complication de paralysie des membres, pour traiter la paralysie, pincer fort la racine unguéale des doigts et les articulations interphalangiennes, presser sur et remuer fort Hejian, Zhangjian, Zhounei, Zhima. On peut aussi adopter la méthode du membre supérieur de la technique manipulatoire (1) du traitement routinier de la paralysie. Pour traiter la paralysie du membre inférieur, pincer fort la racine unguéale des orteils et les articulations interphalangiennes, presser sur et remuer Dazhijian, Xiaozhijian, Feizhong, Jingzhong, Weishang. On peut aussi appliquer la méthode du membre inférieur de la technique manipulatoire (1) du traitement routinier de la paralysie.

Autres traitements: La clef du traitement est d'aider le malade à faire confiance à vaincre la maladie. Depuis le commencement du contact, il faut établir des relations amicales avec le malade, prêter attention à l'effet de la suggestion traduite par les paroles et actes et créer un milieu quiet pour éviter toute excitation mentale.

Dyspepsie infantile

La dyspepsie infantile appelée encore diarrhée infantile est une maladie courante des tout-petits au-dessous de 2 ans et s'observe surtout en été et en automne.

Types cliniques: type léger nommé dyspepsie simple et type grave appelé dyspepsie toxique.

[Etiologie] Il y a 3 causes principales de la dyspepsie:

(1) cause alimentaire: à la suite d'un écart de régime, tel que suralimentation ou changement brusque de nourriture (sévrage) ou la prise des aliments malpropres et gâtés.

(2) facteurs météoropathologiques: soit il fait trop chaud soit l'enfant attrape froid, cela influe sur la fonction de la voie gastro-intestinale.

(3) changement du milieu.

[Symptômes] Les symptômes de la dyspepsie simple sont légers et localisés à la voie gastro-intestinale. Le symptôme principal est la diarrhée, de quelques à plus de 10 selles par jour, de consistance pâteuse, acqueuse ou d'un aspect de soupe d'œufs battus et de couleur jaune-vert. Les selles sont mêlées d'une petite quantité de mucus et de petites parcelles blanchâtres ou jaunâtres de lait, pas de pus ni sang, d'odeur acide. Il existe encore de la douleur abdominale et du vomissement.

En cas de dyspepsie toxique, les symptômes de la voie gastro-intestinale sont graves et le trouble de la fonction générale est bien évident.

[Diagnostic] En conformité des symptômes et de l'alimentation donnée à l'enfant, analyser le foyer de l'infection et faire une coproculture si c'est possible. On doit distinguer la dyspepsie de la dysenterie.

[Traitement] Dissoudre l'humidité, fortifier la rate et harmoniser l'estomac.

Pression sur des points:

(1) Pousser les deux tendons d'Achille avec l'éminence thénar ou la paume de la main 200-500 fois jusqu'à la sensation de brûlure.

(2) Pousser les deux Yaoyan avec la face palmaire du pouce 50-100 fois.

(3) Pétrir Fuan avec le pouce 50-100 fois.

(4) Pousser les 9e, 10e espaces intercostaux (au-dessous de l'aisselle) avec le pouce, l'index ou le médius 50-100 fois.

Autres traitements: La médication est associée au cours du traitement par pression et la réhydratation est indiquée en cas de besoin. Pendant la période du traitement, il faut diminuer l'alimentation et ne donner à l'enfant que des aliments liquides faciles à digérer, tels que soupe au riz ou au millet, jus d'orange, etc. Mettre des papiers d'hygiène sous les fesses et les laver fréquemment. Pour les fillettes, il vaut mieux de laver les fesses vers l'avant avec force.

[Efficacité] Le traitement par pression de la dyspepsie infantile donne un bon effet. L'efficacité est très évidente pour la dyspepsie simple.

Fièvre exogène des enfants

[Etiologie] Les causes déterminantes de la fièvre infantile sont nombreuses et compliquées, mais l'atteinte d'énergie perverse exogène est la cause principale. Si l'on manque de soin pour les enfants, ils peuvent attraper froid et le vent qui peuvent engendrer la maladie.

[Symptômes] Les symptômes principaux sont frilosité, fièvre, toux, obstruction nasale, écoulement du nez, éternûment, enduit lingual blanc mince.

[Traitement] Dégager les facteurs pervers de la superficie.

Pincer rapidement la racine unguéale des doigts, les articulations interphalangiennes 3-5 fois.

Tapoter fort sur les lignes de stimulation paravertébrales jusqu'à la suée.

Pousser les tendons d'Achille 200-300 fois.

[Efficacité] L'effet est bon, surtout pour la fièvre non infectieuse. En général la guérison est parvenue après le traitement.

Enurésie infantile

[Etiologie] Causes déterminantes: épilepsie occulte, trouble de sphincter de la vessie, phimosis, balanite, oxyures qui augmentent l'excitabilité. La spina bifida congénitale peut être aussi en cause dans certains cas.

[Symptômes] L'enfant urine au lit pendant le sommeil et ne le sait qu'au réveil. Certains urinent inconsciemment ou dans le rêve, d'autres se réveillent immédiatement après la miction. Pas de trouble de miction pendant la journée.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des orteils et les articulations interphalangiennes 3-5 fois.

(2) Presser sur Jiannei, Sanyinjiao, Yinjiaoshang, Gunei, Gouzhong, Zuojie, 2-3 fois, s'il y a sensation de constriction de l'hypogastre, l'effet est bon. La durée d'une séance ne doit pas être longue.

Autres traitements: Frotter l'hypogastre avec du gingembre frais broyé avant le coucher et marteler la région lombo-sacrée.

Impuissance

L'impuissance se dit de l'érection impossible ou insuffisante de la verge au moment du coït avant la période de régression de

la vie sexuelle de l'homme. Elle se voit dans la neurasthénie génitale ou dans certaines affections chroniques débiles.

[Etiologie] La cause provocatrice est souvent l'excès sexuel ou la masturbation à l'adolescence. La déperdition de l'essence rénale aboutit à l'affaiblissement de Mingmen (Porte de la vie) et à l'épuisement de l'énergie spermatique. L'effroi peut aussi blesser le rein et engendre l'impuissance.

[Symptômes] Faciès pâle, érection impossible de la verge ou éjaculation précoce ou spermatorrhée érotique, étourdissement, vertige, esprit abattu, affaiblissement et douleur sourde aux lombes et aux pieds, pouls fin et faible, langue rouge pâle.

[Diagnostic] C'est facile à faire le diagnostic en vertu de l'histoire et des symptômes de la maladie.

[Traitement] Tonifier principalement l'énergie des reins.

Pression sur des points:

(1) Tapoter sur l'hypogastre avec 5 doigts, depuis Qizhong vers le bas jusqu'à Qugu, la manipulation est faible au début, puis modérée, 5-10 fois pour chaque manipulation suivant un rythme de 2 virtuelles, 2 concrètes.

(2) Taper l'hypogastre avec la mobilisation de l'énergie, confer "Entraînement de l'exercice 2, tapement du bas-ventre avec la mobilisation de l'énergie".

S'il y a sensations d'engourdissement et de chaleur à la verge et au périnée après l'application de ces 2 méthodes, l'effet est satisfaisant.

(3) Le malade en décubitus ventral ou en position debout concentre ses pensées sur la région lombo-sacrée après l'inspiration, au moment où l'opérateur tape la région lombo-sacrée 5-10

fois, le nombre de tapes pour une fois dépend de la force du malade, l'augmentation du nombre est progressive.

Autres traitements: Le malade peut se frapper l'hypogastre au temps où il fait l'exercice de redressement et l'exercice en décubitus dorsal. Il doit encore débarrasser du souci et de la crainte, s'armer de l'optimisme révolutionnaire, renforcer la confiance de vaincre la maladie et collaborer étroitement avec le médecin, il peut alors obtenir un effet double en déployant un demi-effort.

[Efficacité] A condition que le malade collabore bien dans le traitement, il peut acquérir un bon effet dans 1-2 mois.

Spermatorrhée

Il y a 2 formes cliniques: spermatorrhée avec rêve et spermatorrhée spontanée c.-à-d. non accompagnée de rêve ou sans impulsion sexuelle.

[Etiologie] La spermatorrhée avec rêve est due à l'excès du feu provenant du Mingmen occasionnant l'expulsion de l'essence Yin ou à l'excès occulte du Yang du cœur entraînant la consomption du Yang des reins ou au surmenage engendrant la rupture des liaisons énergétiques des reins et du cœur. Les spermatorrhées trop fréquentes affaiblissent l'énergie originelle des reins, font perdre la fonction de thésaurisation et aboutissent enfin à la production de spermatorrhée spontanée.

[Symptômes] La spermatorrhée avec rêve se dit de l'éjaculation à la suite de coït en rêve, le patient présente étourdissement, vertige, asthénie, bourdonnements d'oreille, endolorissement lombaire, etc. La spermatorrhée spontanée se produit soit dans la journée, soit dans la nuit ou à la suite de l'impulsion se-

xuelle. Le patient est souvent chétif, il peut avoir palpitation, impuissance.

[Diagnostic] En général c'est facile à faire le diagnostic en considérant bien les symptômes.

[Traitement] Le principe essentiel de traitement de la spermatorrhée avec rêve est de rétablir les liaisons énergétiques des reins et du cœur, celui de la spermatorrhée spontanée est de tonifier les reins.

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des orteils et les articulations interphalangiennes.

(2) Tapoter légèrement sur les 3e, 4e lignes de stimulation du membre inférieur 3-5 fois, presser sur Jiannei, Sanyinjiao, Yangjiao, Gunei, Gouzhong, Zuojie 2-3 fois.

(3) Taper la région ombilicale ou la région sous-ombilicale avec la mobilisation de l'énergie (voir "Entraînement de l'exercice 2, tapement avec la mobilisation de l'énergie). L'effet est satisfaisant s'il y a sensations de chaleur et d'engourdissement à l'hypogastre, à la verge et au périnée.

(4) En cas de spermatorrhée avec rêve, pincer la racine unguéale des doigts 3-5 fois, tapoter légèrement sur Rutu, Chishang, Jinghou 5-10 fois et sur la colonne vertébrale 3-5 fois (c'est bon s'il y a sensations de chaleur et d'engourdissement en tapotant sur Rutu). Pour les cas de spermatorrhée spontanée, on presse plus fortement sur Gouzhong, Qugu, Chipang et frapper la région lombo-sacrée.

Autres traitements: Le malade peut se frapper l'hypochondre 3 fois dans le temps où il fait l'exercice de redressement (voir entraînement de l'exercice pour la pression sur des points).

Il doit encore faire attention à régulariser la mentalité, à rester quiet et abstinent et à se débarrasser des mauvaises habitudes. C'est mieux de prendre le décubitus latéral au coucher et le lit ne doit pas être trop souple et trop chaud.

[Efficacité] Si le malade collabore bien dans le traitement, il peut avoir un bon effet dans 1-2 mois.

Myopie

[Etiologie] La myopie est due généralement à l'éclairage insuffisant lors de la lecture, à l'attitude incorrecte et inchangée ainsi qu'à la durée trop longue de la lecture, etc. De plus il existe une pseudomyopie dont la cause est la contraction prolongée du muscle ciliaire qui augmente la convexité du cristallin. Si l'on le traite à temps, la fonction du muscle ciliaire peut revenir à la normale et la pseudomyopie disparaît. Sinon, celle-ci pourra se transformer en myopie vraie. La médecine traditionnelle chinoise la considère comme une consomption du sang à la suite de la vision prolongée.

[Symptômes]

Vue courte, le malade ne voit distinctement que les objets rapprochés. En cas léger, on est souvent inconscient et la prend pour un phénomène normal.

Le malade préfère un milieu calme et regarde en clignant les yeux.

En portant des lunettes à petit trou, l'acuité visuelle est manifestement améliorée.

En cas de myopie avec astigmatisme, le regard prolongé détermine la céphalée, la distension des yeux et la lourdeur des pau-

pières. Ces symptômes s'atténuent quelques minutes après la fermeture des yeux.

En cas de myopie forte, il peut apparaître la danse des ombres devant les yeux, parfois le strabisme divergent et même le décollement de la rétine en cas grave.

[Diagnostic] En général c'est facile à diagnostiquer en vertu de l'anamnèse et de l'examen de l'acuité visuelle.

[Traitement] Le principe essentiel est de dégager les méridiens et vivifier le sang, tout en expulsant le vent et éclairant les yeux.

Pression sur des points:

(1) Presser sur Hejian, Quchi, Zhounei 2-3 fois avec une légère manipulation. Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 5 et 6 du membre supérieur 2-3 fois; mais pour Hejian, Quchi, Biwai qui sont situés à ces lignes, la manipulation doit être plus forte.

(2) Presser sur Neizi, Neizishang, Neizinei, Chengqi, Shangming, Sizhukong 2-3 fois. Au début de la pression, les yeux sont ouverts, mais au cours de traitement, s'il y a sensation de distension et de protrusion des yeux, le malade doit fermer les yeux avec force 5-10 minutes et l'opérateur retire lentement le pouce.

(3) Pincer l'hélix et le lobule de l'auricule, presser sur Yishang, Fengchi, Chishang, Jinghou 2-3 fois. Tapoter sur les vertèbres cervicales et dorsales, sur les zones paravertébrales situées à 2-3 cun en dehors de celles-ci et sur Fengchi, Chishang, Jianjing, Rutu, Jinghou, la manipulation est faite de haut en bas et plus forte aux points.

Autres traitements: Les moyens sous-jacents doivent y être associés:

(1) Fermer et serrer les yeux.

(2) Tourner les yeux: 1) en ouvrant et en voyant au loin. 2) avec ouverture et fermeture des paupières.

(3) Elargir le thorax, lever la tête. D'abord debout, les bras pendants, la paume des mains vers le bas, enfin les bras dépassent la tête et s'étendent en arrière, en même temps la tête se renverse. Deux séances par jour, chaque séance 10-15 fois. De plus, on doit faire des mouvements des yeux, par exemple, jouer au volant ou au volant à base métallique, lancer des sacs de sable, etc.

[Efficacité] Pour les cas à évolution courte, l'effet est bon si l'on persiste dans le traitement. Sinon, l'efficacité est moins manifeste.

[Observation] Fille Li, 15 ans, élève de l'école secondaire n° 4 de Laoshan.

Depuis plus de 3 ans, elle ne voit pas bien.

Examen de l'acuité visuelle:

3 ans avant, œil gauche 0,8, œil droit 0,9

2 ans avant, œil gauche 0,6, œil droit 0,7

le 16 mai 1980 à notre hôpital, œil gauche 0,1 œil droit 0,2.

[Diagnostic] Moypie. Nous la traitons par pression sur des points: après 2 séances, l'examen de l'acuité visuelle montre l'œil gauche 0,4 et l'œil droit 0.4. Après 20 séances: œil gauche 1,0, œil droit 1,0, la vue binoculaire redevient claire.

Ptosis

[Etiologie] Le ptosis que l'on voit fréquemment en clinique est dû au développement congénital insuffisant du releveur de la paupière supérieure. Il y a encore un ptosis acquis qui est

dû à la paralysie du nerf moteur oculaire commun (tumeur intra-crânienne, traumatisme crânien) ou à l'altération du releveur de la paupière supérieure. La médecine traditionnelle chinoise l'a appelé "paupière de rebut".

[Symptômes] Levée insuffisante de la paupière supérieure qui couvre une partie ou toute la pupille et empêche la vue. En cas de ptosis unilatéral, la fente palpébrale de l'autre côté est généralement élargie. Pour le cas de ptosis bilatéral, le malade prend une attitude d'élever la tête en regardant et fait contracter le muscle frontal pour soulever la paupière déterminant ainsi des rides transversales au front et l'élévation des sourcils.

[Diagnostic] Le diagnostic est facile à poser en vertu des symptômes et de l'anamnèse de la maladie, mais il faut détecter la cause.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts et les articulations interphalangiennes 2-3 fois.

(2) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 2 et 6 du membre supérieur 2-3 fois. Presser sur Hejian, Quchi, Zhounei 2-3 fois.

(3) Tapoter légèrement sur Neizi, Neizishang, Sibai, Chuigen, Tinggong, Chishang, Sizhukong 3-5 fois.

(4) Presser sur Neizi, Neizishang, Neizinei, Shangming, Sizhukong 3-5 fois. Au début de la pression, le malade ouvre les yeux, s'il sent de la distension et de la protrusion des yeux au cours de la pression, il doit fermer avec force les yeux et l'opérateur retire lentement le pouce.

(5) Soulever la paupière supérieure d'une main et pétrir son bord inférieur d'autre main.

(6) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation du cou et du thorax 2-3 fois.

Autres traitements: Le malade doit presser de soi-même sur Neizi, Neizishang, Shangming, Sizhukong, etc.

[Efficacité] Le traitement par pression donne un certain effet pour toutes les formes de ptosis, mais le traitement du ptosis acquis est plus efficace.

Strabisme paralytique

[Etiologie] L'affection est due soit à la paralysie ou à la parésie d'un ou de plusieurs muscles oculomoteurs soit à l'inflammation, l'intoxication, la lésion ou la compression par la tumeur des muscles oculomoteurs ou de leurs nerfs.

[Symptômes] Limitation des mouvements oculaires vers la direction de traction du muscle paralysé, par exemple limitation du mouvement de l'œil en dehors lors de la paralysie du droit externe. Plus les yeux se tournent du côté opposé de la paralysie, plus le strabisme est évident, il apparaît encore de la diplopie, vertige et nausée. Pour remédier à la diplopie, le malade tourne la tête de façon que le muscle paralysé n'ait aucun effort à faire, ainsi le visage se tourne à droite si le droit externe de l'œil droit est paralysé.

[Diagnostic] C'est facile à préciser le diagnostic en conformité avec les symptômes et l'anamnèse de la maladie. Mais il faut le distinguer du strabisme concomittant.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Pincer la racine unguéale des doigts et les articulations interphalangiennes 2-3 fois.

(2) Tapoter légèrement sur les lignes de stimulation 2, 6 du membre supérieur 2-3 fois. Presser sur Hejian, Quchi, Zhounei 2-3 fois.

(3) Tapoter légèrement sur Neizi, Neizishang, Sibai, Sizhukong, Rutu, Chishang, Jinghou.

(4) En cas de strabisme en dehors, presser sur Neizi, Neizishang, Neizinei 3-5 fois. Lors de strabisme en dedans, presser sur Sizhukong, Shangming, Chengqi 3-5 fois. La manipulation est la même que celle écrite dans la méthode (4) de la pression sur des points du traitement du ptosis.

(5) Tapoter légèrement sur les vertèbres cervicales et dorsales et sur les lignes de stimulation de leurs deux côtés.

Autres traitements: Le malade doit appliquer de soi-même constamment la méthode (4) de la pression sur des points susmentionnés chez lui.

[Efficacité] Le traitement par pression du strabisme paralytique apporte un certain effet. Pour les cas à évolution courte, l'effet est meilleur.

Dysménorrhée

[Etiologie] La médecine traditionnelle chinoise partant du concept de l'intégrité, a prétendu que la résistance s'affaiblit dans la période des règles, on pourra alors être atteint des six énergies perverses et des sept passions, par exemple, la dépression lèse le foie et aboutit à la stagnation du sang et de l'énergie, le froid pervers stagnant dans Ren Mai et Chong Mai se lie au sang et entraîne la conglutination du sang de la menstruation, l'insuffisance du

sang et de l'énergie influe sur la nutrition de l'utérus, tout cela peut provoquer la dysménorrhée. La médecine moderne considère que la dysménorrhée est liée aux facteurs de la sécrétion endocrine des ovaires, de l'utérus et au tempérament psychique de la malade, tel que esprit tendu, dépression, effroi, émotion instable, etc.

[Symptômes] La douleur sous forme de colique ou de douleur sourde apparaît en général 1-2 jours avant les règles, persiste plusieurs heures ou 1-2 jours et s'arrête après l'écoulement. En cas de douleur forte, la patiente présente faciès pâle, sueur froide, refroidissement aux extrémités, nausée, vomissement, même syncope et collapsus. La douleur siège à l'hypogastre et en cas grave s'irradie à la région lombo-sacrée ou à la face antéro-interne de la cuisse et très rarement au-dessous du genou ou à la face postérieure de la cuisse. Elle peut disparaître après le mariage ou l'accouchement.

[Diagnostic] Rechercher d'abord la cause, le caractère et la date d'apparition de la dysménorrhée, savoir s'il y a surmenage, esprit tendu, prise du froid, changement d'habitude, etc. Exclure des altérations locales ou des maladies générales qui peuvent occasionner la dysménorrhée.

[Traitement] Avant ou pendant les règles.

Pression sur des points:

(1) Choisir un point douloureux de l'abdomen lié à la dysménorrhée et presser en augmentant progressivement la force jusqu'à la sensation de brûlure au ventre et au membre inférieur. Pression simultanée sur Qizhong, Guanyuan, Qipang, Gouzhong.

(2) Malade en décubitus ventra[1], presser sur Yaoyan, Tunwai, l'effet est bon s'il y a sensation de brûlure à l'abdomen.

Autres traitements: Au cours du traitement, prêter attention au repos, éviter des mouvements violents, le surmenage, le bain à eau froide, le travail dans l'eau, prévenir le froid et l'humidité, s'abstenir des aliments crus et froids, se débarrasser du souci, de la crainte et de la charge mentale.

[Efficacité] Le traitement par pression apporte un effet sédatif. Si l'on persiste dans le traitement avant l'apparition des règles, la guérison est possible.

Gastro-entérites aiguës

[Etiologie] Les causes courantes déterminant les gastro-entérites aiguës peuvent être classées en 3 catégories:

Alimentation inadéquate: abus de boissons, d'aliments ou prise d'aliments crus, froids ou trop chauds.

Ingestion d'aliments souillés par les microbes ou leurs toxines.

Irritation du canal gastro-intestinal par des produits chimiques tels que l'arsenic, le mercure, le phosphure de zinc, les acides et les alcalis forts, etc.

L'abus d'alcool, le surmenage, la prise du froid et l'esprit tendu sont des causes les plus courantes de la maladie.

[Symptômes] La maladie débute brusquement 2-12 heures après le repas en présentant nausée, vomissement, douleur abdominale et diarrhée, les selles sont hydriques. Si c'est gastrite aiguë, le vomissement et la douleur de l'épigastre sont des symptômes principaux, tandis que pour l'entérite aiguë, la diarrhée et la douleur périombilicale prédominent. Il peut y avoir encore céphalée, frilosité et fièvre. Si l'on ne traite pas à temps, la déshydratation et le coma toxique sont possibles.

[Diagnostic] En général, le diagnostic est facile en vertu de

l'alimentation inadéquate et de l'anamnèse, mais il faut les distinguer de la dysenterie aiguë.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Presser sur les points douloureux à la pression situés à côté des apophyses épineuses des 5e-7e vertèbres dorsales et sur Yaoyan, Feizhong, Jingzhong, Sanlishang. En cas de douleur abdominale, ajouter Qizhong, Guanyuan, Qipang, Jianli et points douloureux de l'abdomen. Sil y a vomissement, associer Chishang, Jinghou.

(2) Tapoter sur les lignes de stimulation paravertébrales et sur le tendon d'Achille, la manipulation doit être plus forte.

Autres traitements: Prêter attention au repos et ajouter le traitement médicamenteux.

[Efficacité] Le traitement par pression a un effet antispasmodique, analgésique et anti-inflammatoire, il peut augmenter la résistance du corps, on peut obtenir ainsi une atténuation.

Insolation

[Etiologie] L'insolation se dit de l'exposition du corps au soleil ou sous l'effet de la haute température déterminant des troubles de régularisation de la température corporelle et des lésions dues aux rayons de chaleur qui aboutissent à une fièvre élevée persistante, une perte de liquide et de sel, la défaillance circulatoire et le trouble de la fonction nerveuse.

Causes déterminantes: 1) facteurs climatiques: temps chaud, exposition au soleil, jours pluvieux, humidité et chaleur accablante, tout peut engendrer l'insolation. 2) facteurs de la constitution phy-

sique: personnes âgées, enfants, ceux qui ont une santé chancelante, femmes en puerpéralité sont sujets à l'insolation.

Il y a 3 sortes d'insolations: maladie de rayonnement thermique, insolation proprement dite et spasme de la chaleur.

[Symptômes]

(1) Maladie de rayonnement thermique: en raison de l'accumulation de la chaleur dans le corps. La fièvre qui est la principale manifestation clinique peut s'élever à 40-42°C, la peau est sèche et brûlante, de couleur pourpre, même surviennent le trouble de conscience et le coma.

(2) Insolation proprement dite: affection de l'encéphale consécutive à l'exposition prolongée de la tête à la chaleur, céphalée intense, étourdissement et bourdonnements d'oreille. Présence d'agitation et même défaillances respiratoire et circulatoire dans les cas graves, fièvre non certaine.

(3) Spasme de la chaleur, appelé en médecine traditionnelle chinoise "Shufeng (spasme dû à la chaleur perverse)", est dû à l'élimination en excès du chlorure de sodium du fait de la sueur profuse. Manifestation clinique principale: douleur et spasme des muscles, présence du spasme du gastrocnémien dans un tiers des cas. Il peut y avoir spasme des muscles de l'abdomen et des membres, mais la conscience reste claire.

[Diagnostic] En vertu de l'anamnèse (travail dans le milieu de haute température, exposition au soleil, humidité et pas de vent) et de la manifestation clinique, le diagnostic est facile à faire. Dans quelques cas, il faut la distinguer de paludisme type encéphalique, de l'encéphalite type B et de l'intoxication par le phosphore organique.

[Traitement]

Pression sur des points: Pincer la racine unguéale des doigts, presser sur Hejian, Bige, Chuigen, etc. Tapoter sur les lignes de stimulation paravertébrales avec une manipulation relativement forte.

Autres traitements: Transporter immédiatement le malade à l'ombre dans un endroit frais et aéré et donner une quantité suffisante de boissons rafraîchissantes.

[Efficacité] Le traitement par pression de l'insolation en association avec d'autres moyens nécessaires peut rétablir la santé du malade dans un court délai.

Syncope

[Etiologie] La syncope est caractérisée par la perte momentanée et brutale de conscience, elle est due surtout à l'ischémie temporaire de l'encéphale. L'excitation émotive violente, les troubles fonctionnels cardio-vasculaires ou des vaisseaux cérébraux (par exemple, syncope qui survient à la suite de l'accroupissement) sont des causes déterminantes.

[Symptômes] Apparition soudaine de l'étourdissement, de l'obscurcissement de la vue, de l'asthénie et vite survient la perte de conscience avec faciès pâle, refroidissement des extrémités, pouls ralenti et chute de tension artérielle.

[Diagnostic] Le diagnostic est fait en vertu de l'anamnèse et des symptômes, il faut encore la distinguer de l'épilepsie et de l'hystérie.

[Traitement]

Pression sur des points: presser sur Hejian, Bige, pincer la racine unguéale des doigts (orteils).

Autres traitements: Transporter sur-le-champ le malade au lit en position dorso-sacrée déclive (de Trendelenburg), défaire le col et garder le malade bien chaud.

[Efficacité] La réanimation s'observe en général après le traitement.

Dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire

[Etiologie] Les causes qui déterminent cette affection sont multiples, telles que l'articulé anormal ou incorrect, le manque de dents, l'usure exagérée des dents, une longue habitude de mastication unilatérale, l'exagération d'effort d'un moment lors de la mastication, l'ouverture large subite de la bouche, etc. Certaines affections générales, par exemple neurasthénie, rhumatisme articulaire, traumatisme ou inflammation périarticulaire peuvent aussi engendrer cette maladie,

[Symptômes] Arthralgie lors de l'ouverture de la bouche et de la mastication, limitation d'ouverture de la bouche, bruit provoqué dans les mouvements de l'articulation, endolorissement, distension et adynamie des muscles masticateurs influant sur la mastication normale, il peut exister encore céphalée, vertige bourdonnements d'oreille, etc.

[Diagnostic] Le diagnostic est fait en vertu de l'anamnèse et des symptômes.

[Traitement]

Pression sur des points:

(1) Presser sur l'articulation temporo-maxillaire, lors de la mastication, 1 fois pour chaque mastication, la manipulation se fait avec une augmentation progressive de force, 5-10 fois de suite.

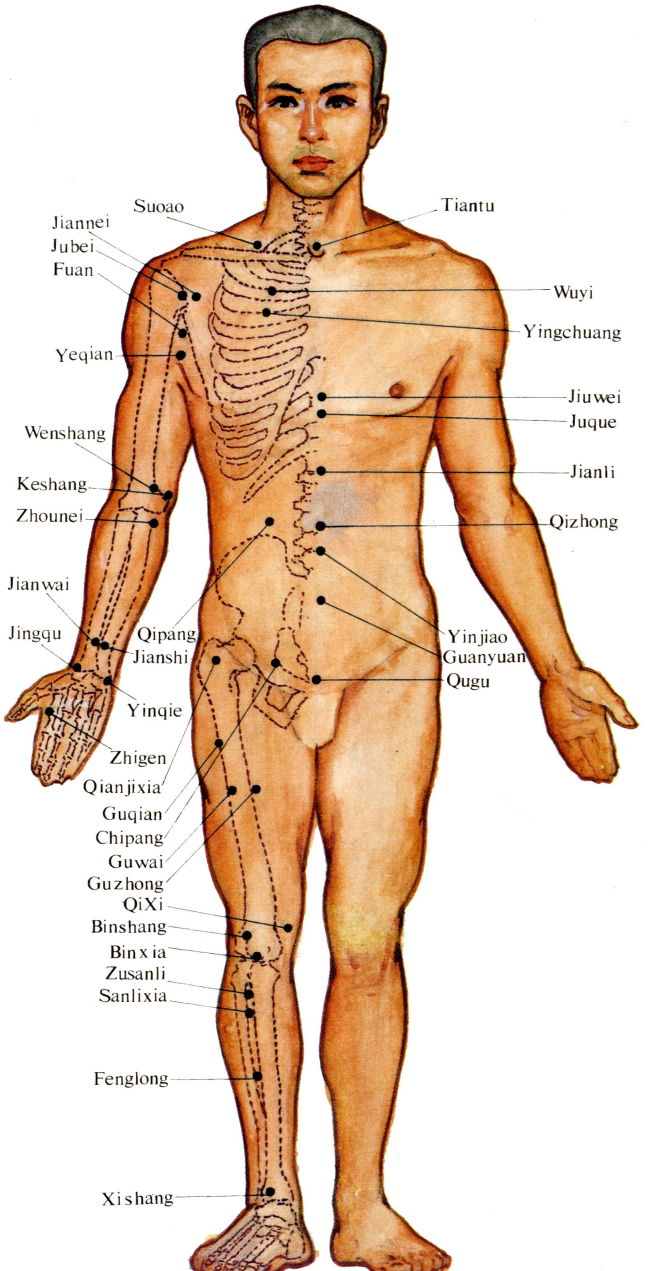
(2) En cas de céphalée, vertige, appliquer la méthode de traitement de céphalée. S'il y a bourdonnements d'oreille, presser sur Yifeng, Yishang.

Autres traitements: Eviter de mastiquer avec force après le traitement. On peut faire encore une application externe du gingembre et du vinaigre.

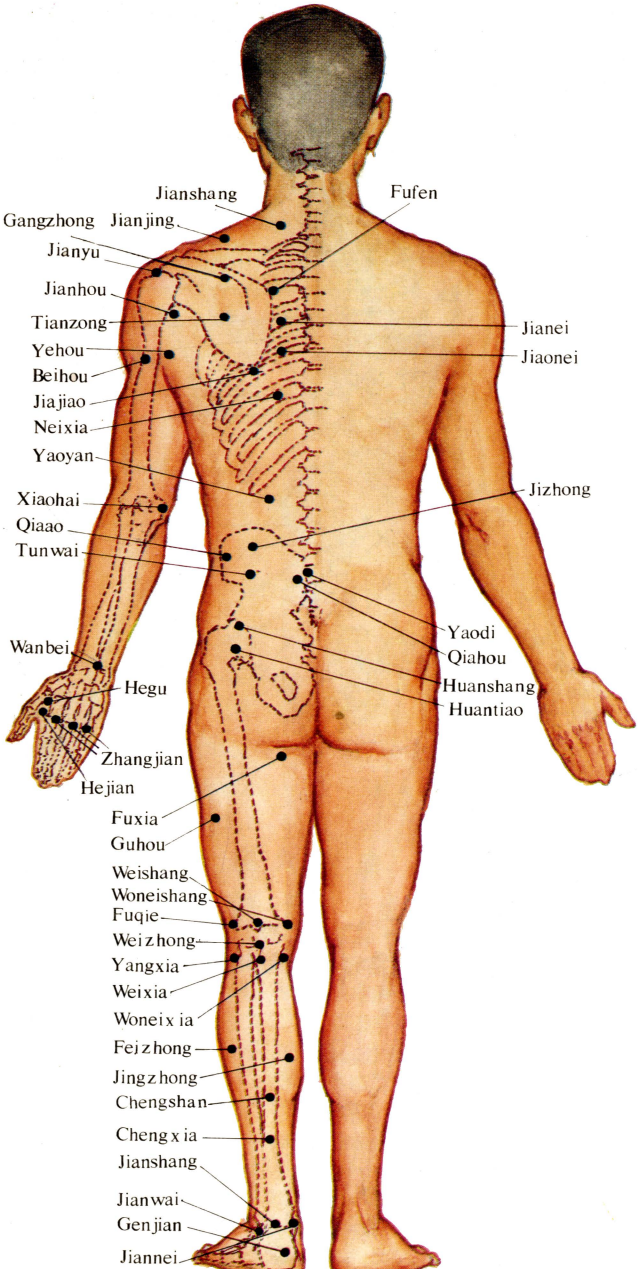
[Efficacité] Il suffit de supprimer le facteur pathogène, en général l'effet est bon.

点穴疗法

贾立惠　贾兆祥　编著
钱佩德　等译
山东科学技术出版社出版
（中国济南玉涵路）
外文印刷厂印刷
中国国际图书贸易总公司发行
（中国国际书店）
（北京399信箱）
1988年（大32开）1版1次
ISBN 7—5331—0021—2/R·7
01250
14—F—2132P



Vue antérieure



Vue Postérieure

Les livres en français déjà publiés par les Editions scientifique et technique du Shandong, Chine:

Atlas anatomique des points d'acupuncture (1984)

Recueil d'expériences cliniques en acupuncture-moxa (1987)

Méthode thérapeutique par Qi Gong chinois (1987)

ISBN 7-5331-0166-9/R-48
01250
14-F-2132P